Ελληνική Δημοκρατία

Υπουργείο Υγείας

# Υγεία εν Δράσει

*Μεταρρυθμίζοντας το ΕΣΥ για τη Βελτίωση της Υγείας των Πολιτών*

**Με την υποστήριξη της Ομάδας Δράσης για την Ελλάδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής**

**Προτεινόμενο προκαταρτικό Σχέδιο Δράσης, για την ανάπτυξη ενός καθολικού, ενιαίου, και ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το οποίο αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας «Υγεία εν Δράσει» του Υπουργείου Υγείας, με την υποστήριξη της Ομάδας Δράσης για την Ελλάδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, μετά από πρόσκληση του Υπουργού Υγείας κ. Άδωνι Γεωργιάδη.**

**Στο προτεινόμενο Σχέδιο Δράσης έχουν ληφθεί υπόψη, αφενός η επικείμενη μεταρρύθμιση στον ΕΟΠΥΥ και το ΕΣΥ, αφετέρου οι προοπτικές για κινητικότητα στο πλαίσιο της διαδικασίας της Διοικητικής Μεταρρύθμισης του Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης.**

**Σεπτέμβριος, 2013**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας «Υγεία εν δράσει» του Υπουργείου Υγείας σε συνεργασία με την ομάδα δράσης για την Ελλάδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, συστήθηκε η Επιτροπή ΠΦΥ τον Οκτώβριο 2012. Έργο της Επιτροπής είναι η κατάρτιση και υλοποίηση επίκαιρου Σχεδίου Δράσης για την καθολική εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με σκοπό την κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού και τη διασφάλιση της αποδοτικής χρήσης των πόρων. Το Σχέδιο Δράσης θα ολοκληρωθεί μετά την ολοκλήρωση ακροάσεων με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και την εν γένει διαβουλευτική διαδικασία και στην συνέχεια θα υποβληθεί στην Επιτελική Επιτροπή Μεταρρύθμισης του Υπουργείου Υγείας για έγκριση εντός του Νοεμβρίου 2013.

Τον Αύγουστο 2013 ο Υπουργός Υγείας κ. Άδωνις Γεωργιάδης, ζήτησε από την Επιτροπή ΠΦΥ και την Ομάδα Δράσης για την Ελλάδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, την υποβολή μέχρι τέλος Σεπτεμβρίου ενός προκαταρτικού προτεινόμενου Σχεδίου Δράσης για την μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ προκειμένου να ξεκινήσει άμεσα την διαβούλευση με τα πολιτικά κόμματα και όλα τα εμπλεκόμενα μέρη.

Για τη σύνταξη του παρόντος προτεινόμενου προκαταρτικού Σχεδίου Δράσης αξιοποιήθηκαν όλα τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από την Επιτροπή ΠΦΥ, από το Υπουργείο Υγείας, από το Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης καθώς και η Έκθεση Τεχνικής Αξιολόγησης της Επιτροπής ΠΦΥ της πρωτοβουλίας «Υγεία εν Δράσει» του Υπουργείου Υγείας σε συνεργασία με την Ομάδα Δράσης για την Ελλάδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής: *'A Future for Primary Care for the Greek Population', Prof. Peter P. Groenewegen, NIVEL – Netherlands Institute for Health Services Research and Prof. Arnoldas Jurgutis Klaipeda University, Department of Public Health, March 10, 2003.* Η Έκθεση Τεχνικής Αξιολόγησης που αποτελεί αναπόσπαστο παράρτημα του παρόντος προτεινόμενου προκαταρτικού Σχεδίου Δράσης αφενός αναλύει την παρούσα κατάσταση όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα, αφετέρου κάνει συγκεκριμένες συστάσεις για την αναδιοργάνωσή της.

Στην επεξεργασία των ανωτέρω συμμετείχαν:

**Υπουργείο Υγείας / Πρωτοβουλία «Υγεία εν Δράσει»**

- Παύλος Θεοδωράκης, Πρόεδρος Επιτροπής ΠΦΥ «Υγεία εν Δράσει»
- Φρύνη Ανδριανάκη, Σύμβουλος Υπουργού Υγείας, Συντονίστρια «Υγεία εν Δράσει»
- Ορέστεια Ζησιμοπούλου, Σύμβουλος Υπουργού Υγείας
- Βικτωρία Βιβιλάκη, Μέλος Επιτροπής ΠΦΥ «Υγεία εν Δράσει»
- Χρυσόστομος Γούναρης, Επικεφαλής Πρωτοβουλίας «Υγεία εν Δράσει»

**Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης**

- Κύριλλος Παπακυρίλλου, Σύμβουλος Υπουργού ΔΜΗΔ
- Άγγελος Μπίνης, Προϊστάμενος Επιθεωρητής Ελεγκτής Δημόσιας Διοίκησης

**Ομάδα Δράσης για την Ελλάδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής**

- Aurelie Vandeputte, Ομάδα Δράσης / Υγεία
- Goran Carlsson, Ομάδα Δράσης / Υγεία
- Sebastien Renaud, Ομάδα Δράσης / Διοικητική Μεταρρύθμιση

**Περιεχόμενα**


**I. Γενικός σκοπός της μεταρρύθμισης**

**II. Ειδικοί στόχοι**

**III. Ορόσημα για τη διαδικασία της μεταρρύθμισης**

**IV. Το προτεινόμενο Σχέδιο Δράσης**

1. Σχεδιασμός ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
2. Ανάπτυξη του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υπό τις ΥΠε
    I. Προετοιμασία των υγειονομικών περιφερειών να υποδεχθούν τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
    II. Μεταφορά των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΕΟΠΥΥ στις ΥΠε
    III. Μεταφορά των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΕΣΥ στις ΥΠε

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I.** Έκθεση Τεχνικής Αξιολόγησης της Επιτροπής ΠΦΥ της πρωτοβουλίας «Υγεία εν Δράσει» του Υπουργείου Υγείας σε συνεργασία με την Ομάδα Δράσης για την Ελλάδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. *'A Future for Primary Care for the Greek Population', Prof. Peter P. Groenewegen, NIVEL – Netherlands Institute for Health Services Research and Prof. Arnoldas Jurgutis Klaipeda University, Department of Public Health, March 10, 2003*

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II.** Επιμέρους στάδια και χρονοδιάγραμμα για την ανάπτυξη ενός καθολικού, ενιαίου και ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III.** Επιμέρους ανάλυση επιλεγμένων δεδομένων του προτεινόμενου σχεδίου δράσης για την ανάπτυξη ενός καθολικού, ενιαίου και ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

## Ι. Γενικός σκοπός της μεταρρύθμισης

- Η δημιουργία ενός ***καθολικού, ενιαίου και ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας***, υπό την εποπτεία των Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠε) με στόχο τη συνέχεια στη φροντίδα, την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα, την κοινωνική δικαιοσύνη και την αποδοτικότητα.

## ΙΙ. Ειδικοί στόχοι

- Επικέντρωση του ΕΟΠΥΥ στην κύρια αποστολή του ως εθνικός ασφαλιστικός φορέας υγείας και ενδυνάμωση του ρόλου του ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας, με ταυτόχρονη κατάργηση του διττού του ρόλου ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας.

- Ανάπτυξη ενός ενιαίου συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα, ενοποιώντας τις υπηρεσίες υγείας του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ με στόχο την διασφάλιση μιας επαρκούς, αποτελεσματικής και αποδοτικής δέσμης υπηρεσιών υγείας, τον περιορισμό του κατακερματισμού του συστήματος ΠΦΥ και κατά συνέπεια τη βελτίωση του συντονισμού του, τη διασφάλιση της ορθολογικότερης διαχείρισης των υγειονομικών δομών και του ανθρώπινου δυναμικού (ιατρούς, κοινοτικούς νοσηλευτές, μαιευτές, επισκέπτες υγείας, φυσικοθεραπευτές κ.ά.).

- Επιχειρησιακός μετασχηματισμός των πολυιατρείων του ΕΟΠΥΥ (24ώρη λειτουργία) και των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ και υπαγωγή τους στις (ΥΠε), οι οποίες θα είναι υπεύθυνες για την εποπτεία, τη λειτουργία και τη χρηματοδότησή τους (σφαιρικοί περιφερειακοί προϋπολογισμοί οι οποίοι θα λαμβάνουν υπ’ όψιν εκτός του μεγέθους του πληθυσμού και παράγοντες οι οποίοι δύνανται να αντανακλούν την ανάγκη για φροντίδα υγείας).

- Περαιτέρω ανάπτυξη του Ελληνικού συστήματος ΠΦΥ υπό τις ΥΠε, σε ένα σύγχρονο σύστημα με την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, την υποχρεωτική εγγραφή του πολίτη στο μητρώο του οικογενειακού ιατρού, την υποχρεωτική έκδοση παραπεμπτικού για επίσκεψη στην εξειδικευμένη και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (εξαιρέσεις σε χρόνιους ασθενείς και επιλεγμένα νοσήματα) και την ενδυνάμωση των διαδικασιών και δράσεων πρόληψης στην ΠΦΥ, στο πλαίσιο ενός ολοκληρωμένου προγράμματος πρόληψης και προαγωγής της υγείας του ελληνικού πληθυσμού, τη διαχείριση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα.

- Αξιοποίηση των προοπτικών για κινητικότητα στο πλαίσιο της διαδικασίας της Διοικητικής Μεταρρύθμισης του Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, με στόχο την αναδιοργάνωση του συστήματος, την ανακατανομή των εργασιών, των αρμοδιοτήτων, του προϋπολογισμού και των ανθρώπινων πόρων, μέσω της αξιολόγησης.

## III. Ορόσημα για τη διαδικασία της μεταρρύθμισης

| | | |
|---|---|---|
| **1.** | **Αξιολόγηση στο πλαίσιο της διαδικασίας της Διοικητικής μεταρρύθμισης:** | **15 Νοεμβρίου, 2013** |
| **2.** | **Διαβουλεύσεις σχετικά με την αναδιάρθρωση και τις επιλογές για την αναδιοργάνωση και επικύρωση:** | **30 Νοεμβρίου, 2013** |
| **3.** | **Απόφαση σχετικά με τη μεταρρύθμιση:** | **30 Νοεμβρίου, 2013** |
| **4.** | **Προετοιμασία για την εφαρμογή (νομικό πλαίσιο, κινητικότητα, διευθετήσεις για τη χρηματοδότηση):** | **31 Δεκεμβρίου, 2013** |
| **5.** | **Έναρξη Εφαρμογής:** | **Ιανουάριος, 2014** |
| **6.** | **Επικοινωνία και διαβούλευση με τον πληθυσμό και τους ενδιαφερόμενους:** | **συνεχής καθ'όλη τη διάρκεια της μεταρρύθμισης** |

## IV. Το προτεινόμενο Σχέδιο Δράσης

### 1. <u>Σχεδίαση ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (υπό τις υγειονομικές περιφέρειες)</u>

#### Α. ΑΡΧΕΣ, ΓΕΝΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ

α) Εφαρμογή ενιαίων αρχών, αλλά με διαφορετικές λύσεις:

- Τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα οφείλουν να είναι ενιαία - ταυτόχρονα ωστόσο, δεδομένης της ιδιομορφίας πολλών περιοχών ανά την επικράτεια (νησιά, απομονωμένες, αγροτικές και παραμεθόριες περιοχές), ο τρόπος προσέγγισης δύναται να διαφέρει.

β) Χαρακτηριστικά υπηρεσιών:

- Καθολική κάλυψη με τον προσδιορισμό μίας βασικής δέσμης υπηρεσιών προς όλους τους πολίτες

- Προσβάσιμες γεωγραφικά υπηρεσίες από κάθε σημείο της επικράτειας

- Ποιότητα και συνέχεια στη φροντίδα – ελκυστικές σε τέτοιο βαθμό που να αποτελούν πρώτη επιλογή ακόμη και στις αστικές περιοχές

- Ελεύθερη επιλογή από κατάλογο οικογενειακών ιατρών

- Περιλαμβάνουν γενικούς γιατρούς, παθολόγους, παιδιάτρους και πιθανώς και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων

- Έμφαση στην πολυκλαδική Ομάδα ΠΦΥ (οικογενειακός ιατρός, κοινοτικός νοσηλευτής, μαιευτής, επισκέπτης υγείας, φυσικοθεραπευτής κ.ά.), στην κατ' οίκον φροντίδα και στην διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες (ψυχικής υγείας, κοινωνικής φροντίδας, εκπαίδευσης, κ.ά.).

- Οικονομικά προσιτές υπηρεσίες σε όλους

- Υποχρεωτική παραπομπή στην εξειδικευμένη και δευτεροβάθμια φροντίδα

- 24ωρη κάλυψη για έκτακτα περιστατικά, έγκαιρη αντιμετώπιση για μη

επείγουσες περιπτώσεις, συνέχεια της φροντίδας για χρόνιες παθήσεις, παραπομπές, πρόληψη και άλλες παρεμβάσεις με στόχο την βελτίωση δημόσιας υγείας.

γ) Δομές παροχής ΠΦΥ:

- Κέντρα Υγείας καλύπτοντας κατά μέσο όρο 50.000-100.000 πληθυσμό

- Οικογενειακά ιατρεία – μακροπρόθεσμα, με 3-5 οικογενειακούς ιατρούς, 1 παιδίατρο, επαγγελματίες υγείας και διοικητικό προσωπικό, καλύπτοντας 5-10.000 πληθυσμό, συμπληρούμενα από ατομικά ιατρεία οικογενειακών ιατρών, όπου οι συνθήκες το επιβάλλουν.

- Περιφερειακά Ιατρεία

## Β. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ο προϋπολογισμός αρχικά κατανέμεται με βάση τα ιστορικά στοιχεία, ενώ μεσοπρόθεσμα σύμφωνα με τους εθνικούς στόχους, συντάσσονται σφαιρικοί περιφερειακοί προϋπολογισμοί οι οποίοι θα λαμβάνουν υπ' όψιν εκτός του μεγέθους του πληθυσμού και παράγοντες οι οποίοι δύνανται να αντανακλούν την ανάγκη για φροντίδα υγείας. Ο προϋπολογισμός για το 2014 θα στηριχθεί στους προϋπολογισμούς για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ για το 2013, ενώ για το 2015 θα αναπτυχθεί μέσω αλγορίθμου κατανομής, με σταδιακή προσαρμογή, σε περίπτωση μεγάλων αποκλίσεων.

## Γ. ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Υπουργείο Υγείας:

- Λαμβάνει τις αποφάσεις για τον τομέα της υγείας και στο πλαίσιο της εθνικής στρατηγικής για την υγεία, αναπτύσσει την εθνική στρατηγική για την ΠΦΥ.
- Προσδιορίζει τη βασική δέσμη υπηρεσιών ΠΦΥ (όλες τις δραστηριότητες που αφορούν στην προστασία της υγείας, στην πρόληψη της ασθένειας, στην φροντίδα υγείας και στην αποκατάσταση).
- Προσδιορίζει και εποπτεύει τα εθνικά πρότυπα, συμπεριλαμβανομένων και των ελάχιστων επιτρεπομένων προτύπων φροντίδας και ελέγχει, σε εθνικό επίπεδο, το ρυθμιστικό πλαίσιο.
- Καθορίζει τους στόχους του προϋπολογισμού για την ΠΦΥ σε εθνικό επίπεδο και σε επίπεδο ΥΠε.

Υγειονομικές Περιφέρειες:

- Εκτιμούν τις ανάγκες φροντίδας υγείας στην περιφέρεια και καταθέτουν ετήσιο σχέδιο στο Υπουργείο Υγείας.
- Επιβλέπουν σε περιφερειακό επίπεδο την επίτευξη των εθνικών προτύπων στην παροχή ΠΦΥ στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, με ρυθμιστικό ρόλο όσον αφορά στα ΚΥ και στα Οικογενειακά Ιατρεία. Επιβλέπουν την συνεργασία με τους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και με την δευτεροβάθμια φροντίδα. Επιβλέπουν την τήρηση των προϋπολογισμών των ΚΥ και των Οικογενειακών Ιατρείων.
- Εποπτεύουν τις δομές και τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που παρέχονται από το ΕΣΥ, διασφαλίζοντας την ποιότητα της φροντίδας και την ορθολογική διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού.
- Συνάπτουν, για τους δημόσιους παρόχους ΠΦΥ συμβάσεις παροχής υπηρεσιών με τον ΕΟΠΥΥ.

Κέντρα Υγείας και Οικογενειακά Ιατρεία:

- Διαχειρίζονται τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που παρέχουν, διασφαλίζοντας την ποιότητα της φροντίδας και την ορθολογική διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού τους και φέρουν την ευθύνη για την παροχή των υπηρεσιών όπως έχουν καθοριστεί από τις συμβάσεις τους.

ΕΟΠΥΥ:

- Συμφωνεί με το Υπουργείο Υγείας σε εθνικό επίπεδο και σε ετήσια βάση τον προϋπολογισμό για την ΠΦΥ, με δεδομένη τη βασική δέσμη υπηρεσιών υγείας.
- Συνάπτει συμβάσεις για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και τη χρηματοδότηση τους, με κάθε Υγειονομική Περιφέρεια και, ως αγοραστής, επιβλέπει την παροχή των υπηρεσιών που έχουν συμφωνηθεί – τόσο τον όγκο, όσο και την ποιότητα, την ίση και δίκαιη κατανομή και άλλες σχετικές παραμέτρους.
- Παρακολουθεί σε επίπεδο σύμβασης όλες τις σχετικές με την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών παραμέτρους όπως έχουν συμφωνηθεί στις σχετικές συμβάσεις, καθώς και την ορθολογική χρήση των πόρων που δαπανώνται για παραπομπή σε ακριβές διαγνωστικές εξετάσεις, καθώς και στην εξειδικευμένη και δευτεροβάθμια φροντίδα.

## Γ. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ

α) Απαιτείται ενδελεχής εκτίμηση των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό, μέσω της αξιολόγησης που θα ακολουθήσει ώστε να αποτυπωθεί η διαθεσιμότητα των κάτωθι:

- Ιατροί ανά ειδικότητα
- Ιατροί ανά περιφέρεια και περιοχή
- Άλλοι επαγγελματίες, συμπεριλαμβανομένων των οδοντιάτρων, των νοσηλευτών, των μαιευτών, των επισκεπτών υγείας, των φυσικοθεραπευτών και άλλων, ανά περιφέρεια και περιοχή
- Διοικητικό προσωπικό ανά υγειονομική περιφέρεια – για τα οικογενειακά

ιατρεία, τα Κέντρα Υγείας και τις ΥΠΕ

β) Εποχικότητα στις ανάγκες (τουριστική περίοδος κ.ά.)

γ) Σύνδεση με κινητικότητα

δ) Καθεστώς συμβάσεων – λήψη αποφάσεων σχετικά με:

- Δημοσίους υπαλλήλους
- Αορίστου Χρόνου
- Εργασία στο ΕΣΥ
- Συμβάσεις για τους Οικογενειακούς ιατρούς
- Συμβάσεις για τους ιατρούς λοιπών ειδικοτήτων
- Συμβάσεις που υπόκεινται σε όρους ποιότητας και χρηστής διαχείρισης
- Διαχείριση των συμβάσεων με ιδιώτες παρόχους
- Αριθμός ωρών εργασίας, κάλυψη εκτός ωραρίου εργασίας
- Επικουρικό ιατρικό προσωπικό και άλλες συμβάσεις

**Δ. ΚΑΛΥΨΗ (Γεωγραφική καθώς και αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες)**

Α. Πλήρης γεωγραφική κάλυψη όλης της επικράτειας και αξιοποίηση του θεσμού του επικουρικού προσωπικού σε περιόδους αιχμής ή σε περίπτωση έλλειψης επαγγελματιών υγείας.

Β. Καθολική κάλυψη που περιλαμβάνει φροντίδα, πρόληψη, διάγνωση και υποχρεωτική παραπομπή με την υιοθέτηση κλινικών κατευθυντηρίων οδηγιών στο πλαίσιο της επιστημονικά τεκμηριωμένης κλινικής πράξης.

**ΣΤ. ΔΙΑΒΟΥΛΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ**

Κρίνεται απαραίτητο να πραγματοποιηθεί διαβούλευση με όλους τους εμπλεκομένους φορείς, συμπεριλαμβανομένων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, αναφορικά με το σχεδιασμό της τελικής οργάνωσης του συστήματος ΠΦΥ, καθώς και να εμπεδωθεί διαρκής επικοινωνία καθ' όλη τη διάρκεια της μεταρρύθμισης. Ειδικότερης σημασίας είναι η διαβούλευση επί του εύρους των δραστηριοτήτων και των απαιτήσεων με τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, επί του ρόλου των Υγειονομικών Περιφερειών και επί των συμβασιακών σχέσεων μεταξύ ΕΟΠΥΥ και των Υγειονομικών Περιφερειών. Απαιτείται ενδελεχής ανάλυση για την εκτίμηση των αναγκών των παρακάτω ομάδων:

Α. των ασθενών

Β. των επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών

Γ. του γενικού πληθυσμού

Εκτός από την επικοινωνία του νέου μοντέλου παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, κρίνεται αναγκαία και η επικοινωνία της διαδικασίας της κινητικότητας (διάρκεια, κριτήρια αξιολόγησης κλπ.)

## 2. Ανάπτυξη του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υπό την εποπτεία των ΥΠΕ

I. Προετοιμασία των Υγειονομικών Περιφερειών για την υποδοχή της ΠΦΥ

### Α. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Προετοιμασία των νομοθετικών αλλαγών – Προσχέδιο στις αρχές Δεκεμβρίου, 2013

### Β. ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ

Κάθε ΥΠΕ θα πρέπει (1-14 παρακάτω):

1. Να διαθέτει τη διοικητική ικανότητα να διαχειριστεί την ΠΦΥ – αρχές Δεκεμβρίου 2013.

2. Να προχωρήσει στην αξιολόγηση των υφιστάμενων δομών του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και να επιλέξουν τον αριθμό και την κατανομή των δομών ΠΦΥ (όπως και τον αριθμό των εργαζομένων) που απαιτούνται για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού που ανήκει σε αυτή– μέσα Δεκεμβρίου, 2013.

3. Να συνάψει συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ – 31 Δεκεμβρίου, 2013.

4. Να ενημερωθεί από τον ΕΟΠΥΥ σχετικά με το σύστημα παρακολούθησης της ποιότητας – Ιανουάριος, 2014.

5. Να αναπτύξει το κατάλληλο σύστημα παραπομπών εντός της Περιφέρειας, καθώς και την ηλεκτρονική της διασύνδεση με την ΗΔΙΚΑ – Φεβρουάριος, 2014.

6. Να ορίσει τους Οικογενειακούς Ιατρούς - αρχές 2014. Να οργανώσει και να θέσει σε ισχύ τους καταλόγους των οικογενειακών ιατρών και την εγγραφή των ασθενών - Απρίλιος, 2014

## Γ. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

7. Να προετοιμάσει την συνολική εκτίμηση για την χρηματοδότηση της ΥΠε με βάση το ιστορικό κόστος και λαμβάνοντας υπόψη επιπλέον κόστη για τους επαγγελματίες (κυρίως για τους ιατρούς) του ΕΟΠΥΥ – Πρώτο σχέδιο, μέσα Νοεμβρίου 2013, τελική απόφαση, Δεκέμβριος 2013.

## Δ. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ

8. Να εκτιμήσει τις ανάγκες σε διοικητικό προσωπικό για τις ΥΠΕ, με την ανάθεση των νέων καθηκόντων – Νοέμβριος, 2013.

9. Να εκτιμήσει τις ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό για κάθε ΚΥ και Οικογενειακό ιατρείο (όπως αυτά θα διαμορφωθούν) – Δεκέμβριος, 2013.

10. Να μεριμνήσει για τη μετακίνηση διοικητικού προσωπικού, από τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ – Ιανουάριος, 2014.

11. Να μεριμνήσει για τη διαχείριση όλων των συμβατικών θεμάτων σχετικά με τη μεταφορά προσωπικού από τον ΕΟΠΥΥ στο ΕΣΥ - συνεχές .

12. Να συνάψει νέες συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ και τους ανάλογους επαγγελματίες υγείας (κυρίως ιατρούς) λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες που σχετίζονται με την ενσωμάτωση του νέου συστήματος ΠΦΥ στη συνολική δομή του τομέα της υγείας.

## ΣΤ. ΔΙΑΒΟΥΛΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

13. Το Υπουργείο Υγείας πρέπει να έχει ως στόχο την ευρεία υποστήριξη της μεταρρυθμιστικής διεργασίας, και να διαβουλευτεί με όλα τα εμπλεκόμενα μέρη για την ανεύρεση του βέλτιστου τρόπου εφαρμογής του σχεδίου. Οι ΥΠΕ θα πρέπει να προβούν αναλόγως σε περιφερειακές διαβουλεύσεις- Οκτώβριος, Νοέμβριος 2013.

14. Το Υπουργείο Υγείας πρέπει να καταρτίσει ένα εθνικό επικοινωνιακό σχέδιο, συμπεριλαμβανομένων των τοπικών και περιφερειακών επιπέδων, με στόχο την

ενημέρωση του πληθυσμού, και προωθώντας την άμεση επικοινωνία των πολιτών με το Υπουργείο Υγείας. Μόλις ολοκληρωθεί η διαδικασία λήψης της απόφασης, και κατά τη διάρκεια της υλοποίησης, θα πρέπει να συνεχιστεί η επικοινωνία με τους πολίτες με στόχο την ενημέρωση για το νέο σύστημα ΠΦΥ αλλά και την προώθηση της ΠΦΥ – Οκτώβριος, 2013, Φεβρουάριος, 2014.

II. Μεταφορά των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΕΟΠΥΥ στις Υγειονομικές Περιφέρειες

**Α. ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΗΦΘΟΥΝ**

α) Κατάργηση του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως παρόχου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

- Απόφαση για μετατροπή των επιλεγμένων δομών σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε δεδομένο χρόνο, στο πλαίσιο του νέου χάρτη ΠΦΥ
- Απόφαση για την επιλογή των δομών του ΕΣΥ που θα λειτουργήσουν την επόμενη μέρα
- Λεπτομερής εξέταση για την ανάγκη των νομικών προετοιμασιών για τις αποφάσεις

β) Διαχείριση προσωπικού ΕΟΠΥΥ

- Ειδικοί ιατροί που θα απορροφηθούν από τα νοσοκομεία
- Ειδικοί ιατροί που θα στελεχώσουν τα ΚΥ ( πρώην μονάδες υγείας ΕΟΠΥΥ).

γ) Διαδικασία και χρονοδιάγραμμα εφαρμογής υποχρεωτικού συστήματος παραπομπών

**Β. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ**

Διευθέτηση των χρηματοδοτικών θεμάτων για τη λειτουργία του νέου συστήματος

**Γ. ΔΙΟΙΚΗΣΗ**

Κατανομή και διαχείριση νέο προσωπικού του ΕΣΥ στα ΚΥ, τα οικογενειακά ιατρεία και τη διοίκηση στις ΥΠΕ

**Δ. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ**

α) Διευθέτηση θεμάτων σχετικά με το καθεστώς συμβάσεων

β) Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού ανά κατηγορία ανά ΚΥ/Οικογενειακό ιατρείο

γ) Προγράμματα εκπαίδευσης για όλους του εργαζόμενους του ΕΣΥ που θα απασχολούνται στο εξής στις μονάδες της ΠΦΥ (συμπεριλαμβανομένων των ιατρών)

**ΣΤ. ΔΙΑΒΟΥΛΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ**

α) Ανάπτυξη σχεδίου διαβούλευσης και επικοινωνίας με όλους τους εργαζόμενους του ΕΟΠΥΥ πριν την εφαρμογή της απόφασης

β) Ανάπτυξη σχεδίου διαβούλευσης και επικοινωνίας με όλους τους εργαζόμενους των ΥΠε πριν την εφαρμογή της απόφασης

III. Μεταφορά των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΕΣΥ στις υγειονομικές περιφέρειες

**Α. ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΗΦΘΟΥΝ**

α) Μεταφορά των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων στις Υγειονομικές Περιφέρειες

- Απόφαση για αποκοπή των δομών της ΠΦΥ του ΕΣΥ σε συγκεκριμένο χρόνο – κατά τον ίδιο τρόπο της μεταφοράς των μονάδων του ΕΟΠΥΥ- στο πλαίσιο του νέου χάρτη ΠΦΥ

- Απόφαση για την επαναλειτουργία των δομών του ΕΣΥ για την ΠΦΥ την επόμενη μέρα

- Λεπτομερής εξέταση για την ανάγκη των νομικών προετοιμασιών για τις αποφάσεις

β) Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού του ΕΣΥ

- Ουσιαστικά δεν θα υπάρξουν μεταβολές

γ) Σύναψη συμβάσεων για παροχή υπηρεσιών με τον ΕΟΠΥΥ

- Διαδικασίες που πρέπει να προσδιοριστούν σχετικά με τη σύναψη συμβάσεων με τον ΕΟΠΥΥ για μεταφερόμενες υπηρεσίες

**Β. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ**

α) Προϋπολογισμός

- Οι πόροι για την ΠΦΥ θα διαχωριστούν από τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων και θα ενσωματωθούν στον προϋπολογισμό των ΥΠε για την ΠΦΥ (τόσο σε επίπεδο ΥΠε, όσο και σε επίπεδο ΚΥ/ Περιφερειακού Ιατρείου)

- Το ύψος του προϋπολογισμού για την ΠΦΥ, θα προσδιοριστεί, λαμβάνοντας υπόψη

το νέο ρόλο της ΠΦΥ για παροχή 24ωρης φροντίδας υγείας, ρόλο τον οποίο κατέχουν μέχρι σήμερα τα νοσοκομεία, και το οικονομικό αποτέλεσμα από την εφαρμογή της υποχρεωτικής παραπομπής.

**Γ. ΔΙΟΙΚΗΣΗ**

Τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία θα εποπτεύονται από τις Υγειονομικές Περιφέρειες.

**Δ. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΚΑΙ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ**

α) Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού ανά κατηγορία ανά ιατρείο και ανά ΥΠΕ

β) Προγράμματα εκπαίδευσης για όλους του εργαζόμενους του ΕΣΥ που θα απασχολούνται στο εξής στις μονάδες της ΠΦΥ, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών.

**ΣΤ. ΔΙΑΒΟΥΛΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ**

α) Ανάπτυξη σχεδίου διαβούλευσης και επικοινωνίας με όλους τους εργαζόμενους του ΕΣΥ πριν την εφαρμογή της απόφασης.

β) Ανάπτυξη σχεδίου διαβούλευσης και επικοινωνίας με όλους τους εργαζόμενους των ΥΠε πριν την εφαρμογή της απόφασης.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

# TECHNICAL ASSISTANCE IN THE FIELD OF HEALTH

## Report

***'A Future for Primary Care for the Greek Population'***

Prof. Peter P. Groenewegen

NIVEL – Netherlands Institute for Health Services Research

Prof.Arnoldas Jurgutis

Klaipeda University, Department of Public Health

10 March 2013

*Contents*

Abbreviations ..... 3

Introduction ..... 4

Objectives of the mission ..... 6

Approach ..... 8

Assessment of the state of primary care in Greece ..... 9

Summary of the main problems of primary care in Greece ..... 25

A vision of future primary care in Greece ..... 27

Recommendations ..... 31

References ..... 33

## *Abbreviations*

| | |
|---|---|
| EC | European Commission |
| EOPYY | The unified health insurance organization |
| EU | European Union |
| FM | Family medicine |
| GDP | Gross domestic product |
| GP | General Practitioner |
| HiT | the Health systems in Transition series of the European Observatory |
| ICT | Information and communication technology |
| MoH | Ministry of Health |
| MoU | Memorandum of Understanding |
| MRI | Magnetic Resonance Imaging |
| NGO | Non-governmental organizations |
| NHS | National Health System |
| OECD | Organization of Economic Cooperation and Development |
| PC | Primary care |
| PHC | Primary health care |
| TFGR | Task Force for Greece (European Commission) |
| *WONCA* | World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians |

## *Introduction*

This Mission Report describes the results of a mission that aimed at assessing the current state of primary care, current and future challenges and a vision for the future of primary care in Greece. The mission to Greece was conducted from 9-11 January 2013 by Prof. Peter Groenewegen and Prof. Arnoldas Jurgutis, who are also the authors of this mission report.

The mission was part of the technical assistance to Greece in the field of health care which is provided on the basis of agreed collaboration between the Greek government and the EC Task Force for Greece (TFGR). A Memorandum of Understanding (MoU) between the Ministries of Health (MoH) of Greece and Germany plays an important role in providing the technical assistance. The Greek MoH has established a Health Reforms Steering Committee with several subcommittees, among which a subcommittee on primary care. September 17, 2012 the Ministry of Health launched the initiative "Health in Action" with the aim of developing a specific structure, process and tools in order to manage efficiently and effectively the reforms in the Greek health system. In support of the implementation of structural reforms in the Health Sector in Greece a Roadmap and detailed Action Plans will be developed for the priority areas. One of the key objectives of the Health in Action initiative is the development of an integrated Primary Health Care network with the aim of meeting population needs and ensuring efficient use of public resources (Presentation F. Andrianaki[1]).

Reforms in primary care are consequently a priority to the Greek MoH. One of the reasons for prioritizing PHC development is the need to decrease the workload of hospitals, in particular as regards everyday health problems not in need for specialized health care (Draft Programme for Technical Assistance in the field of health, Dec. 2012). This is one of the symptoms of an inefficient organization of the health care system. According to the Draft Programme the objectives of the technical assistance are to support Greek authorities in:

- Ensuring equitable, qualitative and timely access to primary health care (PHC) services to the entire population
- Assigning comprehensive and gate-keeping health care services as well as health promotion and disease prevention activities to PHC actors, and facilitate PHC participation in home care services
- Establishing, with these objectives in mind, a nationwide network of General Practitioners, supported by other vital PHC professionals
- Ensuring internal and external quality development
- Reinforcing governance at PHC and district levels.

[1] Presentations refer to the presentations on the first day of the mission, 9 January, at the Ministry of Health.

The Health Reforms Steering Committee has several other subcommittees that are relevant for primary care. We would like to mention the subcommittees on human resources, on pharmaceuticals , EOPYY, and on hospitals. Integration of recommendations of the subcommittees is one of the tasks of the Steering Committee.

This mission report starts with the objectives of the mission. We then briefly discuss the approach that was chosen. The substantive chapters start with an assessment of the state of primary care in Greece, based on the key dimensions of primary care, followed by a summary of the main problems of primary care in Greece. We then outline a possible future for primary care in Greece and we end with recommendations to realize this envisaged future.

The draft mission report has been reviewed for factual mistakes by the chair of the Primary Health Care Subcommittee and by the contact person at TFGR. All remaining errors and the views expressed in this mission report are the sole responsibility of the authors.

The authors of this mission report acknowledge the excellent preparation of the mission by the MoH Primary Health Care Subcommittee and in particular its chair, Dr. Pavlos Theodorakis, by MoH staff and by TFGR.

## *Objectives of the mission*

The Draft Programme for Technical Assistance in the field of health (Dec. 2012) contained a definition of PHC and the objective of the mission. PHC was defined in the Draft Programme as: "an easily accessible and geographically available comprehensive out-patient service, capable of independently handling the majority of health problems with a gate-keeping function towards specialized health care and with important tasks related to home care. PHC will in a longer perspective include several categories of health professionals". PHC is the point of first contact with health care. To be able to handle the majority of health problems, it needs to have a generalist approach; not necessarily in one person, though, as PHC can be delivered by a team of health care providers, adding to the comprehensiveness of primary care. However, continuity of care and co-ordination of care are important aims in primary care. Finally, it is important that primary care takes the responsibility of a defined group of patients and takes into account the context (community, family etc.) of individual patients (Starfield, 1994).

According to the Draft Programme the prime objective of this mission was to assess the volume and quality as well as the strengths and weaknesses of PHC in Greece. The assessment should make it possible to propose modalities to develop a PHC infrastructure, to set up a network of general practitioners/family physicians, and in the medium term to establish a PHC system with a referral function to specialist and hospital care, and with public health functions and relations to home care as part of the Greek health care system.

As main tasks during the mission, the Draft Programme exhorted the experts to focus on issues leading to short-term actions and to medium-term structural changes:

- Assess PHC volume and quality, if possible in different parts of Greece
- Describe cooperation with key partners - municipal home care on one hand and specialist and hospital care on the other
- Determine the possibility for PHC to function as gate-keeper today and measures to be taken to fulfill this role
- Assess possibilities for team-work contributions to improvements of quality and cost effectiveness
- Describe PHC contributions today to health promotion and disease prevention
- Review current and suggest future contracting modalities
- Review national policy for PHC

- Prepare a draft roadmap for the next steps (including main objectives and actions), timetable, milestones and deliverables
- Derive out of this a common plan for technical assistance, identify areas of intervention and respective actions of technical assistance, and set up objectives for each area of intervention.

The authors of this mission report have attempted to live up to these ambitious expectations.

## *Approach*

In preparation of the mission we have read several background documents on health care in Greece, among them the Health systems in Transition (HiT) volume on Greece (Economou, 2010) and a report of the OECD (Economou, Giorno, 2009). We have also surveyed the international journals that publish research articles on health care and primary care in Greece.

TFGR of the EC, in cooperation with domain leader Germany and the Greek MoH, organized a three day mission to Athens. The programme of the mission was defined in consultation with the international experts. The programme consisted of one day of central information at the MoH by several experts from the MoH, from the field of health care and from health services research. The following two days were devoted to fact finding through site visits to health service delivery organizations in Athens and surrounding areas. We have visited:

- A rural health centre within the Greek national health system (NHS)
- A semi-urban health centre within the NHS
- An accident & emergency department within a public general hospital
- A prefectural health unit of the unified insurance organization (EOPYY)
- A local health unit of EOPYY
- A private diagnostic centre
- A private general practice.

We have used our notes from the site visits to illustrate the challenges and opportunities that we have seen in health service delivery in the centres we have visited. Of course we have only seen this small sample of how health care is delivered in Greece. In the review process of this Mission Report we have therefore explicitly asked Greek experts to assess how generalizable our observations are and we have retained only generalizable observations.

## *Assessment of the state of primary care in Greece*

The Greek health care system is a mix of three main components (Mossialos et al., 2005; Economou, 2010):

- A tax-based national health system (NHS) that is responsible for public hospitals and health centres outside the main urban centres.
- An insurance system, based on premiums paid by employees and employers and organized in a few large and many small occupation-based social insurance funds that combine responsibility for health care and pensions. Recently the health insurance part of the main social insurance funds merged into one organization, EOPYY, covering more than 90% of the population. EOPYY runs its own health care delivery units in urban areas, covering more than 70% of the population.
- A private insurance system (fairly small and mainly consisting of additional insurance) and a private delivery system, consisting of private hospitals, diagnostic centres and private physicians, most of which have contracts with EOPYY.

All health care is directly accessible without referral. The population thus has direct access to a variety of health care institutions, funded from the NHS, the social insurance system, private insurance or private payments. In such a fragmented system it is very difficult to identify what exactly is the primary health care sector. As presented by the MoH, directly accessible public and private health care institutions in Greece include (presentation N. Bechrakis, senior adviser to MoH):

- Outpatient department of public hospitals 134
- Rural Health Centres 201
- Regional Rural Clinics 1460
- Special Regional Rural Clinics 38
- EOPYY clinics 150
- Diagnostic centres 4000
- Private doctors 25500
- Private dentists 12586
- Private clinics 175
- NGO health foundations 400
- Municipal Clinics 80
- NHS Physicians 23500

- Total number of Physicians 72000
- EOPYY Physicians 6500 (5500 with open contract and 1000 with 1-2 years contract)
- EOPPY Physicians 4500 (with contract for 200 visits per month)

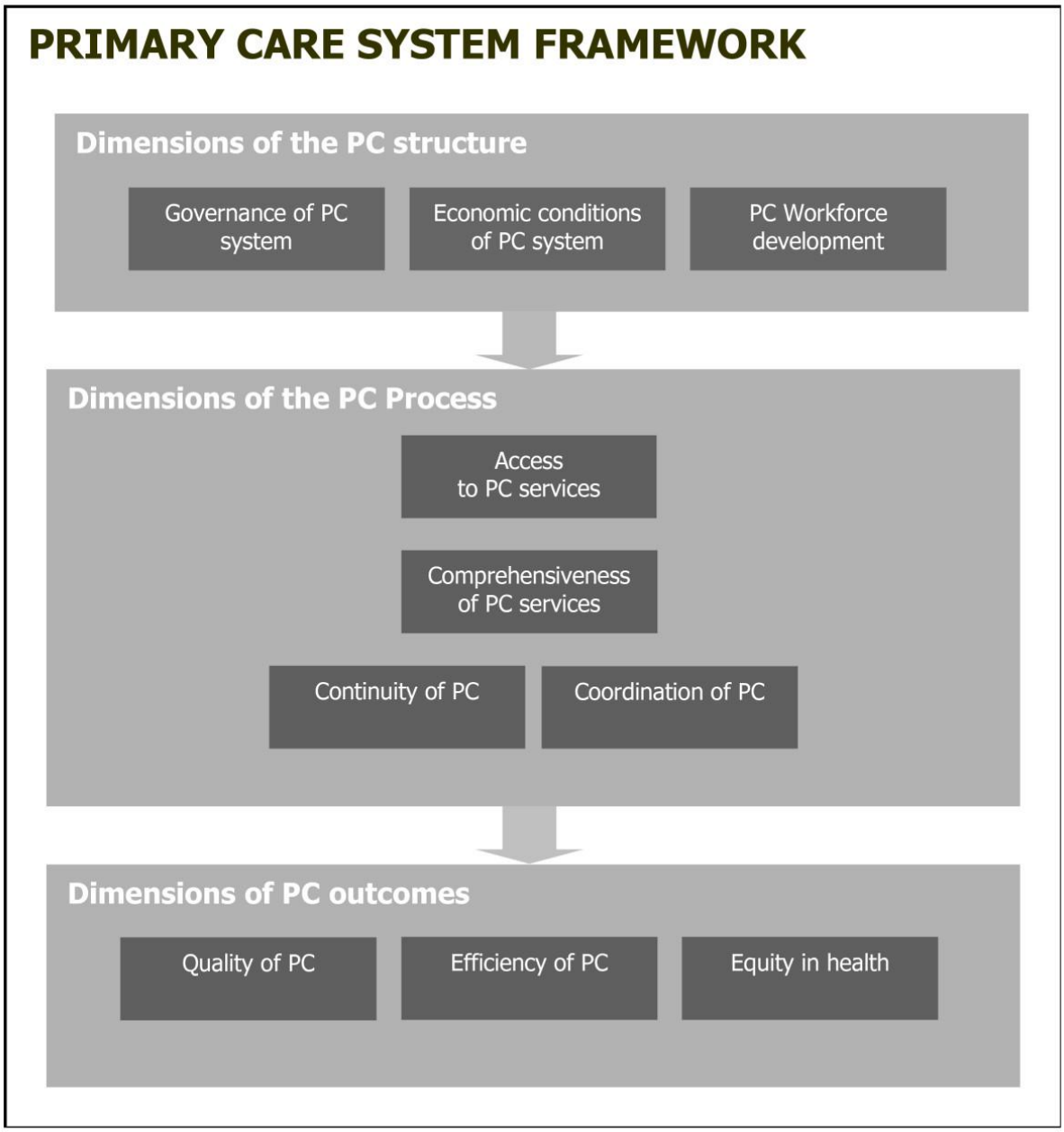
Although these institutions within the health care system of Greece are directly accessible, they do not fit into the widely accepted definition of primary care by Barbara Starfield: primary care is the entry level of the health care system providing accessible, comprehensive care in an ambulatory setting to patients in their own context on a continuous basis, and coordinates the care processes of patients across the health care system (Starfield, 1994). The philosophy of primary care is that care should be generalist when possible and specialist when necessary. This emphasizes the importance of good coordination between primary care and secondary care (specialist care, hospital care, specialist diagnostic services).

An important characteristic of Greek health care is that people pay a large share of health care expenditure out-of-pocket in the form of official co-payments and in the form of under-the-table payments.

There is in general a lack of reliable information about quality of care in the Greek health care system. This hampers the monitoring of the results of reform processes.

The geography of Greece poses its own problems for health care delivery. A large share of the population lives in a few major conurbations. The rest of the country is sparsely inhabited, often mountainous and consists of numerous larger and smaller islands.

Our assessment of primary care follows the key dimensions of primary care. These dimensions have been developed as a result of a review of the literature (Kringos et al., 2010). See the figure below:




We briefly describe the current situation for each dimension and identify what we see as the main problems and challenges in each dimension.

*Governance*

The governance of the health care system at national level is divided between several ministries. The main *responsibility* for the health care system is with the MoH and within the MoH there is a Directorate General for Health Services with a separate directorate for primary care. Other ministries are also involved in the governance of primary care. The Ministry of Labour and Social Protection is

responsible for the insurance funds (although not for EOPYY) and for IDIKA, the government-owned company for social and health e-infrastructure. The Ministry of National Education and Religious Affairs is responsible for basic medical education. The Ministry of Defence operates a number of military hospitals and specialist services. The Ministry of Finance and Economics is responsible for the allocation of tax money to the health care system, for salaries for NHS employees and covers the deficits of the health insurance funds. It is also responsible for the health insurance funds for civil servants (now merged into EOPYY).

The National Health Service (NHS) was introduced in 1983 (Law 1397/83). The NHS contained a view on PHC, based on universal coverage and equal access. PHC was to be developed based on urban and rural health centres, staffed by GPs and with a referral system to specialist and hospital care. It also envisaged a unified insurance system with one central fund. However, urban health centres were never established (resulting in a persistent fragmented PHC system). The unified insurance fund was only realised in 2012 with the establishment of EOPYY. Since the establishment of the NHS several committees have advised about reforms in PHC, laws have been written and have passed parliament, but in general were not implemented (see Economou, 2010, ch. 2). Plans have been made to establish a network of GP practices, capitation payment and a referral system. All in all, there is no all-encompassing blue print plan for the organization of (primary) health care in Greece. There have been numerous plans over the past 30 years that were only partially implemented or not implemented at all (Davaki, Mossialos, 2005; Economou, 2010).

The governance of PHC is strongly centralized. Although there are regional health authorities, their autonomy is severely restricted. Autonomy is low both in the NHS services and in the EOPYY services. This was illustrated in our site visits. The directors of health centres or units e.g. do not have the authority to change the mix of personnel in their centre or unit. If they need new staff, or want to change the existing mix of personnel, they first have to send a request to the regional authorities. The regional authorities can make a request to the MoH once per year. The MoH decides how many new staff members can be employed for every region. Due to the financial crisis, there are no opportunities to increase staff (1/10 rule enforced by Troika – one new staff member can be recruitment when ten have retired), but also changing the existing mix seems to be nearly impossible.

The NHS rural, semi-urban and a few urban health centres are part of general hospitals administratively.

There is no national *quality management* infrastructure, such as quality assurance programmes (Economou, 2010, p. 110). There are also no incentives for care providers (professionals and organizations) to improve the quality of care (Economou, Giorno, 2009, p.25). It seems that some form of clinical governance was introduced in the rural and semi-urban health centres in 2004. Health centre directors play a central role. Locally, some attempts to introduce quality indicators have been made. Countrywide accreditation systems and a referral system based on GPs have been announced (Laws of 1997 and 2004), but not implemented (Economou, 2010, p. 111). The MoH does not routinely use process and outcome measures (or indicators) to monitor PHC services. There are no official statistics on quality of care in primary care (PHAMEU, p. 7). There is no system of periodical re-certification of health care professionals.

The NHS health centres are usually large organizations with equally large premises. The size of the premises is regulated in detail. Even when NHS health centres, given local circumstances, do not need such big premises, they have to keep to the legal requirement that a health centre should be at least 1000 $m^3$. Both the NHS health centres and the EOPYY health units have problems with attracting staff to operate *equipment*. In our site visits we came across unused X-ray and ultra sound equipment. We have the impression that Greek health care in general is strongly oriented towards medical technology, especially diagnostic technology. Supplier induced demand is evident in the use of services, including laboratory and imaging diagnostics – these services are covered through fee for service payment with partly (up to 15%) co-payment from patients, when patients seek these services in the private sector only.

Private diagnostic centres are well equipped with modern diagnostic technology and often used as first point of contact with the health care system. In a well-designed primary care system with access to specialist and hospital care after referral, the access to diagnostic services should also be re-examined. Diagnostic services should be available in primary care practices and health centres or accessible on referral by GPs to diagnostic centres or hospitals, to the extent that these facilitates efficient use of equipment and personnel. Private diagnostic centres also provide office based medical care, including preventive check-ups, for privately insured population groups. With the available infrastructure and equipment an ideal health care system could be built, but only after a thorough redistribution (presentation G. Sarantavagas). Private centres have more strict requirements (for premises and staff) to get accreditation and license to provide medical services. The private centre that we visited also reported about a quality assurance system and quality indicators.

Recent data from the MoH indicate that up to 35 per cent of overall out-patient visits are to private doctors (out of pocket payments). Visits to doctors at rural and semi-rural health centres and non-specialised doctors are only 5 per cent of overall visits (presentation N. Bechrakis, MoH).

There is no strong *patient movement* in Greece. There are a number of small, disease specific organizations. They have no institutional role in health planning or regulation. The two most influential user groups are the Association of Disabled People and the Confederation of Pensioners, but they mainly focus on pensions and benefits rather than health care provision and coverage (Economou, 2010, p. 34-35). Initially patient rights only applied to hospital patients (Law 2071/1992); later this was extended to all patients (hence also those seeking primary care) (Law 2519/1997). Rights pertain to: most appropriate services for their condition, care with due respect for dignity, right to refuse consent, right to information, information must be comprehensible and accurate, right to information on risks associated with procedures, right to (not) agree with participation in research, protection of private life, respect for religious and ideological convictions, right to present complaints (see Economou, 2010p. 40-42). However, the Health systems in Transition report does not contain information about the actual implementation of these rights.

The rural and semi-urban health centres are owned by the NHS and personnel has the status of civil servants. The health care units of the insurance funds are owned by EOPYY and here personnel is also employed and has a status that is comparable to civil servants. Apart from employed personnel, EOPYY also has contracts with physicians and practices. Hence, EOPYY is both provider of care and purchaser.

There is no integration of different PHC services (Lionis et al., 2009). Rural and semi-urban NHS health centres provide both primary care and preventive services. However, EOPYY health units do not provide programmatic prevention. Equipment for mammography often is available but without organized programmes, only opportunistic screening takes place. Home care is mainly organized within the social sector (Ministry of Labour), led by social workers, and only informally related to health home care. Organized home care programmes depend on EU funding (structural funds), that is basically temporary. In the visited health centres of the NHS it was reported that home visits to chronically ill patients are performed by health visitors. Information of the semirural health centre (in an area of 38,000 population) indicates that during 2012 health visitors have made only 33 home visits to chronic patients (Annual statistics Vari Health Centre). Many people rely on informal care and the private sector (presentation V. Vivilaki).

*In conclusion:*

Governance is divided between different ministries, with a lack of adequate information and statistics (steering in the dark) which might easily lead to debating the facts instead of directions for development of the system. A lack of governance and adequate information provides opportunities to frame the system. Health care is fragmented in many respects. Funding and provision of care are through public tax-based system, social insurance based on occupation, and private funding and provision. There is no integrated fund for social health insurance contributions and tax contributions.

The distribution of responsibilities between national government and district and local authorities(centralization-decentralization), health insurance funds and NHS, public and private sector is unclear. There does not seem to be a clear definition and a broadly supported vision of primary care, priority setting, financing, supply planning and management, service provision or quality monitoring. There is no explicit governmental policy to regulate the distribution of primary care providers and facilities more evenly. The delivery of integrated primary care is an issue that needs extensive efforts. There is a low level of development of ICT solutions. Policy-making is not informed by data or indicators and results of empirical research are not being used.

*Human resources and PHC workforce development*

The human resource problem in Greece is threefold: There is a large oversupply of physicians and dentists with the highest population ratio in the OECD countries, combined with a shortage of nurses. The geographic distribution is uneven, and the share of generalists and specialists is unbalanced. These issues will also be addressed in the subcommittee on human resources. However, they are so central to the problems of primary care in Greece that we feel the need to address them in this mission report also.

Oversupply carries the risk of supplier induced demand and overall high utilization rates. However, there is also a strong mal-distribution both in terms of geographical coverage and in terms of specialties. There are shortages in rural and remote areas. This is partly solved by the requirement of physicians after graduation to work one year in an underserved area. However, these physicians are by definition quite inexperienced, easily leading to over-prescription and over-referral. General

practice/family medicine as an independent medical speciality has been established in 1985. Presidential Edict 80/1985 determined modern requirements for the speciality of Family Medicine in order to staff the newly established rural health centers (Economou, 2010). For some period the attention of policy makers was focused on how to direct new medical graduates to choose GP as a career. Nevertheless, there is a huge shortage of practising GPs (approximately one per 3,000 inhabitants).Following data from 2007, out of 2700 GP posts in rural health care centres only 1200 such posts were filled by specialists in general practice (Mariolis 2007). At the same time, there is a shortage of nurses compared to international standards (see Economou, 2010, ch. 5).The number of nurses per 1000 population has decreased from 3.43 in 1990 to 3,3 in 2009, while the number of practicing physicians during the same period increased from 3.4 up to 6.1 (OECD Health Data 2012).

There is no standardized job description for primary care physicians, nor for other medical specialists. As a consequence, many medical specialists work outside their area of specialist expertise. Some of the other health care professionals, such as midwives, do have a job description.

There are seven public university medical schools offering a six-year medical course that leads to the acquisition of a medical degree (Economou, 2010). Most medical students do not choose for specialization in general practice/family medicine. The proportion of medical students in Greece choosing GP/FM for specialisation is very low – 3,1percent (data from 2004 annual statistics Prefecture of Athens, Greece). GP/FM specialization is four years most of which (38 months) is in a hospital. There is no training in evidence-based medicine (presentation S. Koupidis; see also Sbarouni et al. 2012). From the establishment of the NHS in 1983 on, there have been several attempts to strengthen the specialty of family medicine. However, these attempts were not successful. There are no evident incentives for physicians who graduated in family medicine, compared to internists and paediatricians who practice in first line care.

The culture in undergraduate and postgraduate training of doctors is clearly oriented towards specialisation. This reinforces public expectations about primary health care services and over-valuates the role of different specialities within first line out-patient care (Markaki 2007). The Faculty of Medicine of the University of Crete remains the only one among seven medical schools in Greece to include primary health care in its undergraduate curriculum (Belos 2005). The professional status of GP/FM seems to be low in Greece and there are no significant attempts to strengthen this academic discipline. As an example, the Medical School of Athens, the largest and most popular institution for training doctors in Greece, since 2006 has only an elective course in General Medicine for undergraduate students. Medical students in FM/GP are trained by specialists representing different specialties. A study on career preferences among undergraduate students indicated that only 44 out of the 1021 (4.3%) respondents stated that GP is or could be among their choice for

specialty. The major obstacle discouraging respondents from choosing GP/FM as a specialty was reported to be the lack of specialization of this discipline (59.2%), followed by perceived difficulty in finding a career post, low grade of acceptance by the medical community, and low social prestige (14.8%, 13.7% and 12.3% respectively) (Mariolis 2007).

Although there are too many physicians with narrow specialisation (underemployment up to 25% in 2010) and a shortage of GPs, there is no government policy to introduce specific regulations or human resource planning to redress these imbalances (Economou, 2010, 2010).

The Greek Association of General Practitioners is a member of WONCA (World organisation of family doctors). We lack information about activities of the association. We also lack information about unions or comparable organizations that trade the interests of primary care professionals who are employees of the NHS or EOPPY.

*In conclusion:*

The workforce is unbalanced, with too many physicians and too few nurses, health visitors and other health professionals; and too many specialists and too few GPs. Moreover there are large geographical inequalities. Training of GPs is heavily focused on hospital care and in many cases their education is by specialists in other fields. There is no clear job/task description for GPs and other PC providers and there are no specific incentives for physicians in first line care to specialize in family medicine. There are no government human resource policies to stimulate specialisation in general practice.

*Economic conditions of the primary care system*

Health care *expenditure* is estimated at 9.6% of GDP. Health expenditures are decreasing since 2009 (presentation by C. Economou). Also public expenditures are decreasing and now within Troika targets (presentation by H. Kandiloros). Expenditure for prescribed drugs is a separate target; expenditures are being reduced by stimulating generic prescribing.

Because of the fragmented system of health care with many different services providing first contact care, there is no reliable estimate of the share of PHC in total health expenditure. Health care is funded from tax money, social insurance premiums and out-of-pocket payments. The latter amount to 37 % of expenditures (Economou, 2010). Black payments are caused by under-funding and under-staffing of health care facilities (public hospitals). However, also cultural beliefs and traditions play a

role. Especially for surgery extra private payments have to be made, as well as in order to obtain nursing care in hospitals.

Primary care providers are in salaried service of either the NHS health centres or the EOPYY health units, or they are self-employed. EOPYY physicians have the right to work in private practice in the afternoon/evening with a contract to EOPYY on a fee for service basis. Doctors from NHS health centres are not allowed to work in private practices. Salaried physicians in public hospitals are allowed to ask fees in the afternoon, split between them and the hospital. In general the incentives are to provide more services. There is only one insurance fund that operates with capitation contracts (Economou, 2010, p. 66).

The earnings of GPs/FPs are lower than those of medical specialists. Salaried GPs/FPs in NHS health centres earn approximately €2.000. Physicians in EOPYY health centres who have additional earnings from private practice earn approximately €1.500.

*In conclusion:*

Payment for GPs is low (compared to other specialists and compared to other countries). GPs are mainly in salaried service, but also self-employed on fee-for-service basis (possibly creating a problem of perverse incentives). There is a large share of private spending and under the table payments (less strong in PC than in hospital care).Conditions of work and employment contracts differ for PHC doctors working in NHS centres compared with these working with direct, permanent contracts with EOPYY.

*Access to pc services*

There is no system of mandatory referrals or gate keeping. As a consequence people can visit whatever health care providers or services they want. At first thought this might seem very accessible, but it is not. Co-payments, private contributions and under-the-table payments result in a very high share of private expenditures. This results in unequal distribution of the financial burden. In Greece, it seems as if primary care is equated with ambulatory care in the broadest sense, with a heavy accent on specialist care and diagnostic procedures (PHAMEU; Kringos 2012). However, the international evidence shows that PHC as the first point of contact and the pathway to more specialized care, makes it possible for PHC to take responsibility for the health of the population instead of only for patients who happen to visit a service. Direct access to all services leads to what in a medical analogy could be called an ‘infarction’ of the health care system. Pathways to more

specialized care are obstructed, leading to long waiting list to get an appointment to a physician, which in its turn obstructs the pathways to emergency care.

During our site visits we have observed the consequences of this infarction. To avoid waiting long time for an appointment, patients self-declare their problems as an emergency. With no professional organization of triage, patients are waiting long time in the health centres or units, for a physician who does not know their medical history and who is overburdened by the number of patients.

As a consequence, there is no effective appointment system in PHC. Telephone and email consultations are only seldom used, although they could facilitate access in remote areas. There are some projects to use telemedicine, but this is not used on a regular basis (Presentation G. Sarantavagas).

Access is also hampered by the size of health centres and units. Smaller family physician practices could bring care closer to the people, which is important from the point of view of taking into account the community context of patients. In one of the EOPYY health care units we visited, there had been a pilot with a number of smaller family physician practices in the catchment area of the health care unit. This was part of a broader experiment with thirteen pilots that started in the 1980's. Top priority of the management of this health care unit would be to strengthen these satellite practices.

Patient satisfaction with the ease to reach and gain access to general practitioners was relatively low (2007).There are large regional differences in access due to low number of GPs and the existence of vacancies. Access is also hampered by formal and informal cost sharing.

*In conclusion:*

Access to health care is strongly hampered by the current fragmentation of the system. Although there is direct access to all health services, there are waiting lists and large private expenditures. Care could be organized closer to the people by establishing small family medicine practices. In remote areas, telemedicine could be used more fully.

*Comprehensiveness of pc services*

The EOPYY health care units often employ a whole range of specialists, but in the units we visited there was no system of referral from the emergency services to the office-based specialists or between specialists. Hence, lack of coordination makes the service internally fragmented where it

could have been comprehensive. The uncoordinated utilization of medical specialists leads to a fragmented, disease and diagnosis oriented approach to patients instead of a holistic approach.

Sometimes health centres and health care units lack crucial equipment or they have equipment but not the personnel to operate it. As concerns equipment we observed a huge difference between the private diagnostic service we visited and the EOPYY health care units and NHS health centres. In the health centres and health care units, physicians often have a very small role, limited to prescribing and referring.

Home visits are uncommon in the Greek health care system (Presentation V. Vivilaki), although there is an increasing need as a result of the ageing of the population.

Rural health centres have a major role in prevention; private practices (often single handed) and part of the EOPYY health units don't have systematic prevention programmes. In our site visits we have met individual physicians who see prevention as an important part of their work. However, because there is no defined population, it is impossible to organize systematic prevention programmes and to have outreaching programmes in the community. There are 54 mother and child preventive services in Greece. They are sometimes organized in separate units and sometimes within a health care unit or health centre. We have visited an example of both. As an obstacle to provide continuous and comprehensive, family oriented primary health care services for children serves strong attitudes of the Greek population to address health problem of their children mainly to private paediatricians (out-of pocket payment). There was only one child during the consultation hour of the paediatrician in NHS sub-urban health centre we visited. The NHS rural health care centre we visited, operated clinics which provide primary and secondary prevention services, e.g. an antismoking counselling clinic, hypertension clinic, diabetes clinic. Almost every doctor in the centre, in addition to consultation hours for planned patients, once per week works in such preventive clinics. However, the approach is passive and not programmatic – work only with patients who decide to come to the clinic. As far as we could observe, there was no continuity, cooperation or referrals to these clinics from health visitors and/or other PHC staff. It seems that the initiative to start such clinics is not based on an assessment of community health needs, but starts from the doctors own interest – after special CME courses they are allowed to start these clinics.

In general, community health needs and priority problems are not assessed. There is lack of modern public health policy approaches with health needs assessment and priority setting on community and national level. So far Greece has neither developed a health targets programme for setting priorities, nor a national plan for the implementation of a Health in All Policies approach (Economou, 2010, page 70).

*In conclusion:*

Directly accessible care is usually specialized, there is no holistic approach to patients and there is no community orientation. It is care restricted to those who visit the particular service and not care for a community or population. Therefore it is not possible to organize programmatic and outreaching preventive care.

*Continuity of care*

Personal continuity is a problem due to the fragmented health care system. Informational continuity relies on good information systems, both within primary care and between primary and secondary care. There is no uniform use of medical records (neither paper nor electronic). Referral letters are not common. Only occasionally primary care practices receive information within 24 hours about contacts of patients with out-of-hours services. There seems to be no information exchange between specialists with general practitioners after the completion of an episode of treatment.

Extension of the system of e-prescriptions to diagnostic procedures and referrals is one way of facilitating continuity of care. E-prescription is a recently introduced system that obliges physicians to prescribe drugs via an electronic system. The use of the system is mandatory and currently followed by 90% of the doctors. Problems include lack of computer equipment in NHS health centres and EOPYY health units, causing an increased administrative burden. Physicians in A&E departments and out-patient departments and private physicians often send patients off with a written prescription and advise them to go to a health centre or health unit to have the prescription entered in the e-prescription system. Patients often feel obliged to pay some money for entering the e-prescription. The system of e-prescribing could develop into the starting point for electronic medical records that allow exchange of information between care providers and complete records for primary care providers.

*In conclusion:*

Continuity of care is very weak in all three dimensions – interpersonal, longitudinal and informational continuity.

*Coordination of care*

Coordination of care is severely hampered by the absence of a referral system and lack of information exchange between health care providers. There are many different pathways to first line care (NHS rural and semi-urban health centres, EOPYY health units, private practices and diagnostic centres, ambulatory services and A&E departments of public and private hospitals) that are used next to each other and after each other without systematic coordination. In the rural and semi-urban health centres of the NHS referral to (out-patient) specialists is more common, while these health centres are administratively part of the public hospitals (Presentation P. Perdikaki).

As a consequence of this lack of coordination, repetition of diagnostic tests and prescriptions is common (Oikonomou, Tountas, 2011). E-prescribing should lead to clearer picture of drug use by individual patients. If plans to extend e-prescribing to ordering of diagnostic tests are realised, more information will be available to be able to coordinate care.

Health centres provide opportunities for coordination within PC, because they employ also other primary care workers and because they have links to social services. However, there is no information about actual coordination.

Home care and long term care in the home situation for people with restrictions in daily activities or handicaps are not integrated in primary care. There are no explicit institutional links between home care and primary care, but local primary care and home care services seem to work together in practice (Genet et al, 2013).

*In conclusion:*

Coordination of care is also very weak. This leads to inefficient health care utilization and waste (repeat diagnostics and prescriptions).

*Quality of primary care*

When we discussed 'governance', we have noted the lack of national quality programmes and indicators. Basically there is no systematic information about quality of care in PC. There are no generally accepted and used clinical pathways for chronically ill people nor guidelines. An exception is the Cretan Guideline Evaluation Group.

An attempt to measure quality of care of patients with cardiovascular diseases has been presented in the visited semirural health centre, which serves an area with 48,000 inhabitants. The centre has

reviewed information on systolic and diastolic blood pressure, level of glycosylated haemoglobin (HBA1), low density lipids (LDL) and cholesterol recorded in the electronic records, set up for patients with cardiovascular disease. This review was limited to only 69 patients. The administration of the health centre indicated lack of "stable doctors per patient", i.e. lack of continuity and no patient lists, as the main obstacle for the introduction of a quality measurement system.

Within the framework of cost control in the pharmaceutical sector, prescription protocols are being developed and implemented. However, these protocols are medicine oriented and not morbidity oriented (Presentation N. Apostopoulos). The e-prescription system will enable feedback to prescribers about prescription volume and the use of generic drugs. This might lead to quality improvement.

Eurobarometer surveys have shown large dissatisfaction with the health care system and many people feel that health care becomes unaffordable. In general the public perception of quality of care is low (Presentation C. Economou).

*In conclusion:*

There is a lack of information about quality of primary care. Quality indicators for primary care should be developed between health care providers, funders and the MoH. They should be part of systematic quality cycles. There are nearly no guidelines in primary care and the public perception of quality of care is low.

*Efficiency*

There is a lack of information to assess efficiency in a quantitative way. However, there are many signs of inefficiencies in the Greek health care system.

As a result of direct accessibility of highly specialized physicians, these physicians also deal with numerous health problems that do not require specialized diagnosis or treatment. This leads to overburdened specialists and reduced access for those who really need specialized care. To change this pattern, rules and regulations have to change, but also information and education for patients has to be available. Patients currently have the feeling that they save time and money by directly going to a specialist (Presentation M. Kouerinis).Also there are financial incentives for diagnostic laboratory services and imaging examinations. Greece is the leading country in Europe on availability of MRI units - 22,6 per million population - and has a very high rate of performed MRI examinations –

97,9 per 1000 population in 2008, compared e.g. with the UK (33,6) and the Netherlands (38,6) (OECD Health Data 2012).

*In conclusion:*

Although the necessary information to formally assess the efficiency of Greek (primary) health care is lacking, many signs point to low efficiency.

*Equity*

There is an increasing number of uninsured persons. Greece has (as a consequence of its long and difficult to monitor borders) a large population of undocumented migrants. However, the number of uninsured currently also increases through the economic crisis. Unemployment is now somewhere between 26 and 30% of the workforce and an estimated one third of them are uninsured. Access to services for the uninsured is restricted.

Out-of-pocket payments and especially black payments also contribute to inequitable access to services. A consequence of the lack of guidance and coordination of care is that people have to direct their own care pathways and some will be better able to do this than others. This leads to inequalities related to income and education and an unequal distribution of expenditures. Consequently there are large unmet needs among uninsured and low income people (Presentation C. Economou).

Health services and human resources are also unequally distributed over the country. The concentration of physicians is highest in Attica – 7,3 per 1000 inhabitants - and lowest in Central Greece (2,7), Western Macedonia (3,2) and South Aegean islands (3, 2 per 1000 inhabitants).

*In conclusion:*

There are clear and increasing inequities in health care in Greece. These inequities relate to health status, socio-economic status and place of living.

## *Summary of the main problems of primary care in Greece*

The health care system in general shows important problems in the following areas:

- Governance is divided between different ministries. Health care is fragmented in many respects, both in health care funding and provision.
- Huge private expenses, including under-the-table payments, leading to a regressive system with large socio-economic inequalities.
- Perverse (or irrational) incentives for providers, leading to supplier induced demand and over-consumption especially of prescription drugs and diagnostic procedures.
- Unbalanced health workforce with too many doctors and too few nurses; and too many specialists and too few GPs. Geographical inequalities.
- Low prestige of family doctors/general practitioners when compared with specialists. Strong traditional hospital and specialised care oriented culture in undergraduate and postgraduate training of doctors as an obstacle for development of family medicine as independent academic discipline.
- There is no lack of problem analyses and policy ideas to solve problems, but there is a lack of continuity in policy-making and of implementation of policies. (presentation P. Theodorakis).

These general problems affect PHC and contribute to a number of specific problems in PHC.

❑ **Governance:** Unclear distribution of responsibilities between national government and district and local authorities (centralization-decentralization), health insurance funds and NHS, public and private sector. No broadly supported vision of primary care, priority setting, financing, supply planning and management, service provision or quality monitoring. No explicit governmental policy to regulate the distribution of primary care providers and facilities more evenly. The delivery of integrated primary care is an issue that needs extensive efforts. Low level of development of ICT solutions. Lack of use of results of empirical research by policy makers.

❑ **Economic conditions for PC**: Low payment for GPs (compared to other specialists and compared to other countries),mainly in salaried service, but also self-employed on fee-for-service basis (potential problem of incentives). Large share of private spending and under the table payments (less strong in PC than in hospital care). Gaps in available equipment especially in rural areas.

❑ **Workforce development:** Unbalanced, lack of GPs and nurses in primary care. Training of GPs heavily focused on hospital care. No clear job/task description for GPs and other PC providers. No policy in health education to redress the balance between generalists and specialists and to increase

the attractiveness of residency training in family medicine. Lack of proper attitudes and public health management competences for the managers of primary health care institutions

- **Access:** Low use of appointment systems, telephone and email consultations. Patient satisfaction with the ease to reach and gain access to general practitioners was relatively low (2007). Regional differences in access due to low number of GPs, vacancies. Cost sharing for prescription drugs. Lack of information on actual consultation rates.
- **Comprehensiveness:** Sometimes lack of crucial equipment. Often very small role of GPs, limited to prescribing and referring. Rural health centres have some role (though limited)in prevention, lacking a clear community orientation; private practices (often single handed) mainly focus on the patients visiting practice.
- **Continuity:** Personal continuity is a problem due to the fragmented health care system. Informational continuity relies on good information systems, both within primary care and between primary and secondary care. Referral letters are not common. Only occasionally primary care practices receive information within 24 hours about contacts of patients with out-of-hours services. No information found about communication of specialists with general practitioners after the completion of an episode of treatment.
- **Coordination:** no referral system. Health centres provide opportunities for coordination within PC, no information about actual coordination.
- **Quality:** no information about quality of care in PC. As reported in one of the visited primary health care centres, there are some recent attempts to start introduction of PHC quality indicators. However, these are not part of a system of broadly accepted quality indicators. Some private practices and diagnostic centres have more advanced quality assurance systems. (presentation S. Koupidis).
- **Efficiency:** not enough information to assess efficiency. Health care institutions measure quantity of services (visits, laboratory tests etc.),but not how these service contribute to improvement of population health.

## *A vision of future primary care in Greece*

We are aware of the fact that it is impossible but also not necessary nor desirable to give a detailed description of a desired future for primary care in Greece. Impossible, because that would need much more information and time to work out in detail, but more importantly not necessary nor desirable because it is the task of the different stakeholders, including patients, in Greek health care to work towards solutions of the problems that fit the situation in Greece. This is why this chapter is only a charcoal sketch of how we envisage primary care.

*Governance of the primary care system: building a common vision*

Strengthening primary care with GPs/FM as its core and mandatory referrals for specialist and hospital services should be a key priority of the Greek government and support from major stakeholders in the health care system should be actively sought. This requires leadership on all levels of the health care system (central, regional and local).

We envision an organization of primary care in Greece that is responsive to the health care needs of the population served and of individual patients, that guarantees equity in access to health care, and that is efficient and sustainable in the long run. To realize these outcomes the fragmented nature of health care has to be mended through structural reforms in the areas of governance of the health care system, the economic conditions for PHC and the health care workforce. These structural reforms aim at improving access to high quality PHC of a comprehensive nature, continuity of care, and coordination of care. Well-organized PHC (and health care in general) will contribute to a healthy population and through this to a health(y) economy. Therefore one of the first steps should be a clear vision on what primary care means in the context of the Greek health care system and what types of health care institutions (private and public) should provide primary health care services in the future.

*Economic conditions, resource allocation and contracting*

Funding of PHC providers (organizations, practices) should be geared to population needs and contain incentives for organizations and health care workers to put patients at the centre and provide high quality care. This can be realized by an appropriate mix of capitation and fees for specific services or targets to be reached. The system of payment of primary care professionals within the organizations or practices is up to the organizations and can be salaried employment

and/or payment on the basis of a mix of capitation and fees. If PHC organizations and GPs have a preference for GPs to be in salaried employment (as many are now), that should be possible, but in that case the organization that employs GPs should be paid in the same way as independent practices with self-employed GPs.

The level of payment of PHC workers with an adequate professional training (see section on workforce development) should be in line with their responsibilities for a defined population.

PHC units (be they organizations, partnerships of doctors or individual doctors) should be autonomous organizations that provide care on the basis of a contract to an insurance organization and/or the NHS. The conditions for service provision (i.e. requirements for premises, staff, equipment, accreditation etc.) and contracts should be equal for all categories of providers of PHC services – NHS, EOPYY, private. The transition phase may need special solutions. However, EOPYY should develop from a mixed provider and purchaser organization towards a purchaser organization only. This is in line with developments over the past twenty years both in social health insurance systems and national health systems of splitting the roles of purchasers and providers.

Allocation of health care resources to PHC organizations should be based on the health care needs of the population cared for through an allocation formula.

*Workforce development*

The Greek health care system has access to positive human resources:

- There are GPs/Family physicians, although by far too few;
- A considerable number of internal medicine doctors ("pathologists") who might need retraining into family physicians;
- In primary health care centers of the NHS, nurses and health visitors to some extent organize preventive work in the community.

These resources can only be used in positive ways if they are backed up by a clear system of governance that aligns responsibilities according to a shared vision on the future of the health care system, in particular PHC.

Education, both initial and specialist education, continuous education and where necessary retraining, is an important aspect of the primary care workforce. To begin with, courses in primary health care and family medicine should be included in the undergraduate curriculum of medical and nursing education.

Special education and accreditation requirements should be introduced for doctors and nurses working in primary health care organisations. There should be financial incentives introduced for

physicians who have specialty training in family medicine/general practice. If applicable, comparable incentives should be available for nurses and other personnel who have a training that is especially geared to primary care. A transition period is needed and special training courses should be accessible for PHC doctors and nurses, who have no training in primary health care. Primary health care doctors (including internists and pediatricians working in PHC) should receive training to obtain core primary health care competences. Training on patient centred communication and on tools for patients' empowerment are needed, which should result in increased patients' responsibility for self-care with adequate support from PHC. Systematic development of clinical guidelines should be stimulated in training of PC professionals and in continuous medical education. Primary health care professionals should obtain proper competences needed for teamwork and cooperation with other health and social care providers. Inter-professional case-based training courses should be included in undergraduate and continuous medical education.

Managers of health care institutions should have appropriate attitudes towards the role of well-balanced, primary health care oriented health care systems. Special public health management training courses targeted to health care managers should be developed as compulsory continuous education.

In order for population, patients and secondary health care providers to know what the tasks and competences of PHC units are, job descriptions will be needed. These job descriptions should include the responsibility of PHC for out-of-hours care.

*Responsibility for a defined population*

One of the key features of strong PHC is that primary care services take responsibility for health and health care for a defined population. It is therefore recommended to list the population with individual PHC physicians or PHC practices/organizations. An option for implementation is to start this on a voluntary basis and giving incentives to both patients and providers who accept a new PHC model (to be explored further in an action plan). The referral function should be actively developed. This requires cooperation of primary care, patients and medical specialists and hospitals. E.g. people who self-refer to a specialist or hospital should in principle be referred back to primary care. This could be difficult in a transition period. Therefore strong incentives to use primary health care physicians as a first contact physician should be introduced. Also out-of-hours care should be reorganized. Primary care physicians and nurses should be in the lead in out-of-hours care to prevent patient flows to hospital and specialist care after normal office hours.

The roles of the Health Regions, currently considered in the country, need further considerations.

*Organization*

Strong primary care always restricts choices of patients as well as health care providers. However, the organization of strong primary care should provide as much as possible freedom of choice to patients. Therefore, geographical restrictions should be avoided as much as possible. Choice of primary health care providers could be limited to those within the same administrative region. Anyway, the links with population oriented preventive and social services should be taken into account.

The organizational form for PHC needs further consideration, but PHC units should be more autonomous to make changes in their staff-structure (following particular population health needs and in line with newly developed formal requirements for PHC competences). The quality of the premises and equipment, including ICT, should be brought up to date. To test various organizational forms and models of cooperation with secondary health care, it is recommended to start with pilots in selected pilot areas (perhaps on a voluntary basis, with clear requirements and conditions for participation, and in a transparent procedure).

A strengthened first contact and coordination function of primary care will lead to increased patient flows to primary health care. To be able to manage increased patient flows, teamwork in primary health care should be emphasized and the role of primary health care nurses, health visitors and other health care professionals should be enhanced. Primary health care nurses should obtain leadership skills and play an active role in coordination of care, community health promotion and disease prevention. Particular attention should be extended to vulnerable groups (unemployed, low income, low education) which currently have lower accessibility to health services due to financial barriers.

The interface with specialist care – specialist clinics and hospitals – must be organized to create a good working referral system.

*Information*

Special mass media campaigns are needed to emphasize the importance of high quality family medicine, aimed to increase public acceptance and support to the primary health care reform.

Quality indicators should be developed and used in contracting and monitoring, and as information to patients

The municipalities seem to be very heterogeneous, but their roles in e.g. home care should be strengthened, including the interface between home care, public health and primary care.

Primary level mental health care may become an important question in the future.

## *Recommendations*

The MoH and the stakeholders in (primary) health care should develop a clear vision on strengthening primary care with GPs/FPs as core profession. Stakeholders should be actively involved in vision development. A national PHC development strategy should be adopted by the MoH and possibly by Parliament.

Access to primary care should be with the lowest possible cost-sharing from private or under the table payments. This is possible in a system of stepped access through mandatory referrals to specialist and hospital care and diagnostic services. Introduction of a referral system requires that the links between PHC and specialist and hospital care will be redefined. Patients should be on the list of specific physicians (personal list system). The community orientation of PHC should be developed through relations with preventive services, community care and primary level mental health care.

Funding of primary care should be geared to population needs through an adequate resource allocation formula. Payment of primary care physicians should take the form of a mix of capitation, fee-for-services and/or bonuses for specific targets. The level of payment of primary care professionals should be in line with their increased responsibilities. Those primary care professionals with a specific primary care education, such as GPs, should receive specific incentives.

Steps should be taken to split the purchaser and provider functions in health care and contracts between purchasers and primary care providers should be based on the same principles and conditions for all primary care providers. Primary care organizations should be able to make their own choices in using their budget.

Primary care physicians should develop clinical guidelines in cooperation with other stakeholders. The development of a system of quality indicators is strongly recommended. Quality indicators should be part of quality improvement cycles at different levels.

Continuity of care should be facilitated by well-developed medical records. A possibility is to build on the e-prescribing system.

Primary care professionals should have clear job descriptions that guide educational requirements and contracts and that inform patients on what they can expect from primary care providers.

An assessment of training needs for primary health care doctors and nurses working recently in practice is recommended and short training courses to obtain core competences required by job description should be developed and implemented.

Policies for education and training of health professionals should address the misbalance between generalists and specialists and serve to increase the number of students in residency of family medicine. Courses in primary health care and family medicine should be included in the undergraduate curriculum of medical and nursing education. Curriculum of the family medicine residency should be reviewed and adapted so that obtained competences are relevant to primary health care practice. A referral system and personal list system should as far as possible be reconciled with freedom of choice for patients of their preferred primary health care provider.

Implementation of a comprehensive PHC system could begin in a small number of selected pilot areas. Pilot areas could be asked to participate on a voluntary basis, with clear requirements and conditions for participation, and in a transparent selection procedure.

The advantages of a strong primary care system for an equitable and sustainable health care system should be communicated to the wider public. A mass media strategy should be elaborated.

In the whole process of reorganizing primary care, independent monitoring and evaluation are extremely important. This requires an investment in collecting and analyzing information.

## *References*


Avgerinosa E. D., Msaouelb P, Koussidisb G. A., Keramarisc N. C., Bessasb Z., Gourgoulianis K. Greek medical students' career choices indicate strongtendency towards specialization and training abroad. Health Policy.2006; 79: 101–106.

Belos G., Lionis C., Fioretos M., Vlachonicolis J., Philalithis A. Clinical undergraduate training and assessment in primary health care: Experiences gained from Crete, Greece. BMC Medical Education.2005; 5:13.

Davaki K, Mossialos E. Plus ça change: health sector reforms in Greece. J Health Polit Policy Law. 2005;30:143-67.

Economou C. Greece. Health system review. Health Systems in Transition 2010, 12(7):1-180..

Economou C., Giorno C. Improving the performance of the public health care system in Greece. OECD Economics department working papers Nu 722. OECD Publishing. 2009

Genet N, Boerma W, Kroneman M et al. Home care across Europe. Part II country descriptions. World Health Organisation 2013.

Kringos DS. The strength of primary care in Europe. Utrecht, NIVEL 2012.

Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y et al. The European Primary Care Monitor: structure, process and outcome indicators. BMC Family Practice 2010;11: 81.

Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, Vardavas C, Papadakaki M, Daniilidou N, Souliotis K, Kyriopoulos I. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. Int J Integr Care. 2009;9:e88.

Lionis C., Symvoulakis E. K., Vardavas C. I. Implementing family practice research in countries with limited resources: a stepwise model experienced in Crete, Greece. Family Practice.2010; 27:48–54.

Mariolis A., Mihas C., Alevizos A., Gizlis V., Mariolis T., Marayiannis K., Tountas Y., Stefanadis C., Philalithis A., Creatsas G. General Practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece. BMC Medical Education.2007; 7:15.

Markaki A., Antonakis N., Hicks C. M., Lionis C. Translating and validating a Training Needs Assessment tool into Greek. BMC Health Services Research.2007; 7:65.

Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. Health Econ. 2005;14:S151-68.

OECD Health Data 2012. http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm

PHAMEU (Primary health are activity monitor Europe). Country description Greece. In press.

Sbarouni V., Tsimtsiou Z., Symvoulakis E., Kamekis A., Petelos E., Saridaki A., Papadakis N., Lionis C.Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study. The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy.2012; 12: 2156.

Starfield B. Is primary care essential? Lancet, 1994; 344: 1129-1133.

## *Presentations referred to in the report*

F. Andrianaki. Health in Action initiative.

N. Apostopoulos. Clinical guidelines in the Greek Primary Health Care System.

N. Bechrakis. Role of PHC in decreasing workload of hospitals.

C. Economou. Overview of the Greek health care systemmm.

H. Kandiloros. Overview of requirements falling under the MoU Greece – Troika.

M. Kouerinis. Links to specialized care.

S. Koupidis. Gate-keeping and referrals.

P. Perdikaki. Service aspects: scope of clinical and public health services.

G. Sarantavagas. Primary Health Care – Technical Aspects.

P. Theodorakis. Overview of the PHC policy and governance in Greece: structure, legal basis, recent reforms

V. Vivilaki. Home care.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

### Επιμέρους στάδια και χρονοδιάγραμμα για την ανάπτυξη ενός καθολικού, ενιαίου και ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

| Στόχοι | Δραστηριότητες | Νοέμβριος | | | | Δεκέμβριος | | | | 2014 Q1 | | | Q2 | Σχόλια/Παραδοχές |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | W 1 | W 2 | W 3 | W 4 | W 1 | W 2 | W 3 | W 4 | Ιαν. | Φεβρ. | Μάρτ. | Απρίλ. | |
| Τ 1. Διαδικασία λήψης απόφασης και επικοινωνία του μεταρρυθμιστικού σχεδίου | 1.1 Παρουσίαση του προτεινόμενου σχεδίου Δράσης, για την ανάπτυξη ενός καθολικού, ενιαίου, και ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στον Υπουργό Υγείας από την Ομάδα της Πρωτοβουλίας Υγεία εν Δράσει και την Ομάδα Δράσης για την Ελλάδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής | | | | | | | | | | | | | Η κατανόηση της ανάγκης για μεταρρύθμιση του συστήματος ΠΦΥ και της ύπαρξης περιθωρίου για συναίνεση στο τελικό μοντέλο |
| | 1.2 Διαβούλευση του Υπουργού Υγείας με τα πολιτικά κόμματα και τους άμεσα εμπλεκόμενους φορείς για την προ-απόφαση του διαχωρισμού του ΕΟΠΥΥ και την ενοποίηση του συστήματος ΠΦΥ, σύμφωνα με την πρόταση της ομάδας της πρωτοβουλίας Υγεία εν Δράσει και της Ομάδας Δράσης για την Ελλάδα της ΕΕ, και την επιθυμία για περαιτέρω διερεύνηση μέσω της αξιολόγησης του ΕΟΠΥΥ στο πλαίσιο της διαδικασίας της Διοικητικής Μεταρρύθμισης. | | | | | | | | | | | | | |
| | 1.3 Ανακοίνωση της προαπόφασης του Υπουργού Υγείας και έγκριση της αξιολόγησης του ΕΟΠΥΥ από το ΚΣΜ | | | | | | | | | | | | | |
| | 1.4 Έγκριση από το ΚΣΜ της έκθεσης αξιολόγησης του ΕΟΠΥΥ | | | | | | | | | | | | | |
| | 1.5 Επικοινωνία και διαβούλευση από τον Υπουργό Υγείας προς τα κόμματα και τους άμεσα ενδιαφερόμενους για το νέο καθολικό, ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα ΠΦΥ | | | | | | | | | | | | | |
| Τ 2. : Αξιολόγηση του ΕΟΠΥΥ στο πλαίσιο της Διοικητικής Μεταρρύθμισης και των μνημονιακών στόχων υπό την κοινή καθοδήγηση του Υπ. Υγείας και του Υπ. Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης | 2.1 Σύσταση μικτής επιτροπής (Γενικός Γραμματέας Υπουργείου Υγείας ως Συντονιστής, 2 άτομα από το ΥΥ, 2 άτομα από τον ΕΟΠΥΥ και 2 άτομα από το Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης) για την αξιολόγηση του ΕΟΠΥΥ (ολοκλήρωση διαδικασίας εντός 4 εβδομάδων) | | | | | | | | | | | | | |
| | 2.2 Σύνταξη και προώθηση κοινής επιστολής σχετικά με το σκοπό από το Υπ. Υγείας και το Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης (συμπεριλαμβανομενων των Όρων Αναφοράς και των προτύπων του Υπ.Διοικ. Μετ.) για την αξιολόγηση του ΕΟΠΥΥ με 3 αντικειμενικούς σκοπους (σενάρια) | | | | | | | | | | | | | Η διάθεση επαρκών και αξιόπιστων δεδομένων για την υποστήριξη της αποτελεσματικής εφαρμογής του διαχωρισμού του ΕΟΠΥΥ και της ενοποίησης του συστήματος ΠΦΥ |
| | 2.3 Προσδιορισμός εμπειρογνώμονα από την Ομάδα Δράσης για την Ελλάδα της ΕΕ για την παροχή τεχνικής βοήθειας, σύνταξη προσχεδιου Όρων Αναφοράς για την τεχνική αποστολή | | | | | | | | | | | | | |
| | 2.4 Έναρξη διαδικασίας αξιολόγησης του ΕΟΠΥΥ , συλλογή δεδομένων, ανάπτυξη του προσχέδιου της έκθεσης, αποστολή προσχέδιου στον εμπειρογνώμονα για σχολιασμό. | | | | | | | | | | | | | |
| | 2.5 Workshop με εμπειρογνώμονα για την επεξεργασία του προσχεδίου | | | | | | | | | | | | | |
| | 2.6 Αναθεώρηση της έκθεσης αξιολόγησης και αποστολή στον εμπειρογνώμονα για τελικά σχόλια | | | | | | | | | | | | | |
| | 2.7 Αναθεώρηση /επικαιροποίηση της έκθεσης αξιολόγησης του ΕΟΠΥΥ σύμφωνα με τα σχόλια του εμπειρογνώμονα. | | | | | | | | | | | | | |
| | 2.8 Κατάθεση της τελικής πρότασης στο ΥΥ και το Υπ. Διοικητικής Μεταρρύθμισης | | | | | | | | | | | | | |
| Τ 3. Οριστικόποίηση του νέου μοντέλου ενός καθολικού, ενιαίου και ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα ( από την Ομάδα της πρωτοβουλίας Υγεία εν Δράσει σε συνεργασία με την Ομάδα Δράσης για την Ελλάδα απο την ΕΕ, το Υπ. Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και τον ΠΟΥ) | 3.1 Παρουσίαση της προκαταρκτικής πρότασης στον Υπουργό Υγείας | | | | | | | | | | | | | Το έργο θα πραγματοποιηθεί με την τεχνική υποστήριξη που παρέχεται μέσω της Συμφωνίας Συνεισφοράς μεταξύ του ΥΥ και του ΠΟΥ |
| | 3.2 Περαιτέρω ανάπτυξη της προκαταρκτικής πρότασης με ενσωμάτωση λεπτομερειών σχετικά με το ρόλο και τις αρμοδιότητες του οικογενειακού ιατρού, το καθεστώς των συμβάσεων, τις υπηρεσίες της ΠΦΥ κ.α. | | | | | | | | | | | | | |
| | 3.3 Ενσωμάτωση περαιτέρω δεδομένων που έχουν προκύψει ύστερα από την αξιολόγηση του ΕΟΠΥΥ | | | | | | | | | | | | | |
| | 3.4 Διευθέτηση οικονομικών ζητημάτων του νέου μοντέλου ΠΦΥ (δομή προϋπολογισμού, χρηματοροές κ.α.) | | | | | | | | | | | | | |
| | 3.5 Αξιολόγηση και ενσωμάτωση στο μοντέλο προτάσεων από την αξιολόγηση του ΕΟΠΥΥ και εισροές από τη δημόσια διαβούλευση με τα πολιτικά κόμματα και τους άμεσα ενδιαφερόμενους | | | | | | | | | | | | | |

| Στόχοι | Δραστηριότητες | Νοέμβριος | | | | Δεκέμβριος | | | | 2014 Q1 | | | Q2 | Σχόλια/Παραδοχές |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | W 1 | W 2 | W 3 | W 4 | W 1 | W 2 | W 3 | W 4 | Ιαν. | Φεβρ. | Μάρ. | Απρίλ. | |
| T4. Προετοιμασία νομοθετικού πλαισίου για τη νέα δομή του συστήματος ΠΦΥ για την υποδοχή της ΠΦΥ από τις Υπε | 4.1 Περαιτέρω ανάλυση της νομοθεσίας και εύρεσης νομικών σημείων που χρήζουν τροποποιήσεων | | | | | | | | | | | | | Το έργο θα πραγματοποιηθεί με την τεχνική υποστήριξη που παρέχεται μέσω της Συμφωνίας Συνεισφοράς μεταξύ του ΥΥ και του ΠΟΥ |
| | 4.2 Προσδιορισμός απαραίτητων τροποποιήσεων, συμπεριλαμβανομένων (α) της επίλυσης των οικονομικών ζητημάτων του ΕΟΠΥΥ που εκκρεμούν και (β) την μεταβολή των υφιστάμενων συμβάσεων εργασίας | | | | | | | | | | | | | |
| | 4.3 Ανάπτυξη προσχεδίου που περιλαμβάνει όλες τις αναγκαίες νομοθετικές αλλαγές | | | | | | | | | | | | | |
| T5. Καθορισμός δομής διακυβέρνησης του συστήματος ΠΦΥ | 5.1 Ανάπτυξη διοικητικής ικανότητας των Υπε για την υποδοχή της ΠΦΥ | | | | | | | | | | | | | Το έργο θα πραγματοποιηθεί με την τεχνική υποστήριξη που παρέχεται μέσω της Συμφωνίας Συνεισφοράς μεταξύ του ΥΥ και του ΠΟΥ |
| | 5.2 Αξιολόγηση των υφιστάμενων δομών του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και απόφαση για τον αριθμό και την κατανομή των δομών ΠΦΥ (όπως και τον αριθμό των εργαζομένων) που απαιτούνται για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού που ανήκει σε αυτή | | | | | | | | | | | | | |
| | 5.3 Σύναψη συμβάσεων μεταξύ ΕΟΠΥΥ και ΥΠε | | | | | | | | | | | | | |
| | 5.4 Ενημέρωση από το ν ΕΟΠΥΥ σχετικά με το σύστημα παρακολούθησης της ποιότητας, αρχικά μέσω της χρήσης δεικτών ποιότητας. | | | | | | | | | | | | | |
| | 5.5 Ανάπτυξη κατάλληλου συστήματος παραπομπών εντός της Περιφέρειας, και ηλεκτρονική διασύνδεση με την ΗΔΙΚΑ | | | | | | | | | | | | | |
| | 5.6 Ορισμός οικογενειακών ιατρών- Οι ΥΠε οργανώνουν και θέτουν σε ισχύ τους καταλόγους των οικογενειακών ιατρών και την εγγραφή των ασθενών | | | | | | | | | | | | | |
| T6. Ανθρώπινο Δυναμικό και καθεστώς συμβάσεων | 6.1 Εκτίμηση των αναγκών σε διοικητικό προσωπικό για τις ΥΠε , με την ανάθεση των νέων καθηκόντων | | | | | | | | | | | | | Το έργο θα πραγματοποιηθεί με την τεχνική υποστήριξη που παρέχεται μέσω της Συμφωνίας Συνεισφοράς μεταξύ του ΥΥ και του ΠΟΥ |
| | 6.2 Εκτίμηση των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό για κάθε ΚΥ και Οικογενειακό ιατρείο (όπως αυτά θα διαμορφωθούν) | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.3 Μετακίνηση διοικητικού προσωπικού, από τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4 Διευθέτηση όλων των απαραίτητων θεμάτων σχετικά με τις συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ και τους ανάλογους επαγγελματίες υγείας (κυρίως ιατρούς) λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες που σχετίζονται με την ενσωμάτωση του νέου συστήματος ΠΦΥ στη συνολική δομή του τομέα της υγείας | | | | | | | | | | | | | |
| T7. Επικοινωνία της διαδικασίας της κινητικότητας στο πλαίσιο της εφαρμογής του νέου συστήματος ΠΦΥ | 7,1 Ανακοίνωση σχεδίου κινητικότητας (στόχοι, επιλεξιμότητα, διάρκεια κ.α.) στο πλαίσιο ανάπτυξης του νέου συστήματος ΠΦΥ και του πλάνου συνέχισης λειτουργίας του συστήματος | | | | | | | | | | | | | |
| | 7,2 Ανακοίνωση της διαδικασίας ανοιχτής πρόσληψης (κριτήρια, θέσεις, είδη συμβάσεων κ.α.) | | | | | | | | | | | | | |
| | 7,3 Ανακοίνωση του τερματισμού λειτουργίας των παλιών δομών και έναρξη λειτουργίας των νέων | | | | | | | | | | | | | |

Ελληνική Δημοκρατία

Υπουργείο Υγείας

Υγεία εν Δράσει

Μεταρρυθμίζοντας το ΕΣΥ για τη Βελτίωση της Υγείας των Πολιτών

Με την υποστήριξη της Ομάδας Δράσης για την Ελλάδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής

# Παράρτημα ΙΙΙ

## Επιμέρους ανάλυση επιλεγμένων δεδομένων

# ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΝΟΣ ΚΑΘΟΛΙΚΟΥ, ΕΝΙΑΙΟΥ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΦΥ

**Σεπτέμβριος 2013**

# Κρίσιμες στρεβλώσεις υφιστάμενου συστήματος ΠΦΥ (1)

- Πληθωρισμός Ιατρών και ταυτόχρονη έλλειψη Οικογενειακών Ιατρών
- Υπερφόρτωση των νοσοκομείων - αύξηση των δαπανών
- Σημαντική διοικητική επιβάρυνση για τον ΕΟΠΥΥ και μη αποδοτικές υπηρεσίες υγείας
- Χαμηλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών, ανεπαρκής κάλυψη των πραγματικών αναγκών του πληθυσμού, παντελής απουσία συνέχειας της φροντίδας

# Κρίσιμες στρεβλώσεις υφιστάμενου συστήματος ΠΦΥ (2)

• Κατακερματισμένο σύστημα ΠΦΥ-ύπαρξη πολλαπλών πυλών εισόδου στο σύστημα.
• Πολλαπλοί τρόποι με τους οποίους συμβάλλονται οι γιατροί με τον οργανισμό - διεύρυνση της ανισοκατανομής
• Έλλειψη συντονισμού, διασύνδεσης και συνέχειας στις δομές ΠΦΥ
• Ανισοκατανομή της κατά κεφαλή κατανάλωσης και του κόστους
• Χαμηλή ανταποκρισιμότητα – χαμηλές προσδοκίες του πληθυσμού

# Κρίσιμες στρεβλώσεις υφιστάμενου συστήματος ΠΦΥ (3)

• Ευθύνη των ίδιων των χρηστών υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την αναζήτηση εξειδικευμένης φροντίδας.
• Έλλειψη ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου.
• Απουσία ισότητας στην πρόσβαση (σε τοπικό και χρονικό επίπεδο) των Ελλήνων πολιτών στην ΠΦΥ
• Αποσπασματικές και ελλιπείς δραστηριότητες πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας.
• Απουσία ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας, καθώς και της διασύνδεσης των γενικών γιατρών με άλλες ειδικότητες στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

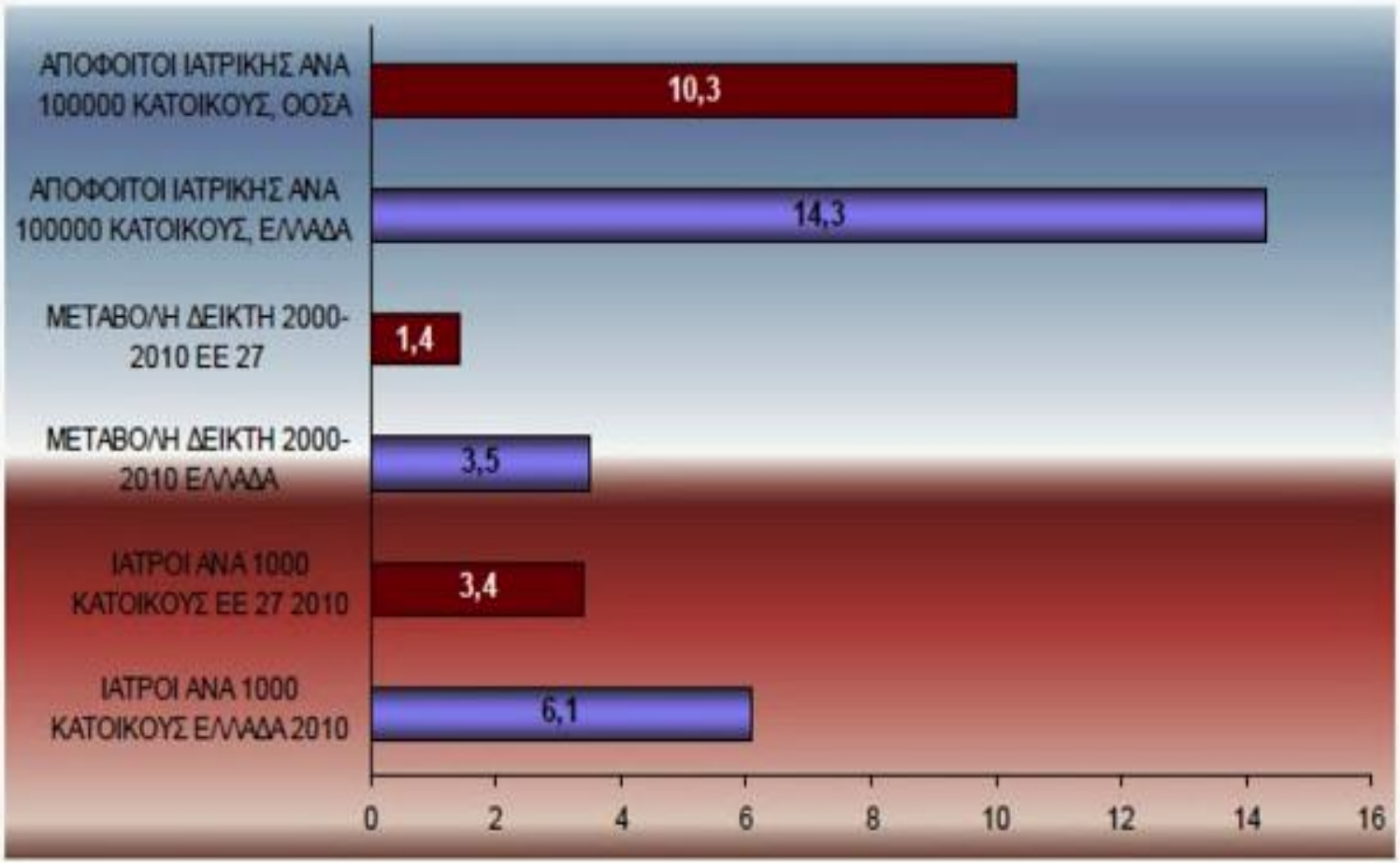
# Κρίσιμες στρεβλώσεις υφιστάμενου συστήματος ΠΦΥ (4)

- Απουσία ενός αξιόπιστου συστήματος καταγραφής και αποτύπωσης των πραγματικών ποιοτικών και ποσοτικών στοιχείων του συστήματος ΠΦΥ
- Πρόσφατη εφαρμογή ηλεκτρονικών συστημάτων όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, με αποτέλεσμα να μην έχουν προσαρμοστεί πλήρως στις απαιτήσεις του ελληνικού περιβάλλοντος.
- Απουσία συστήματος ηλεκτρονικής παραπομπής του χρήστη των υπηρεσιών υγείας μέσα στο σύστημα.

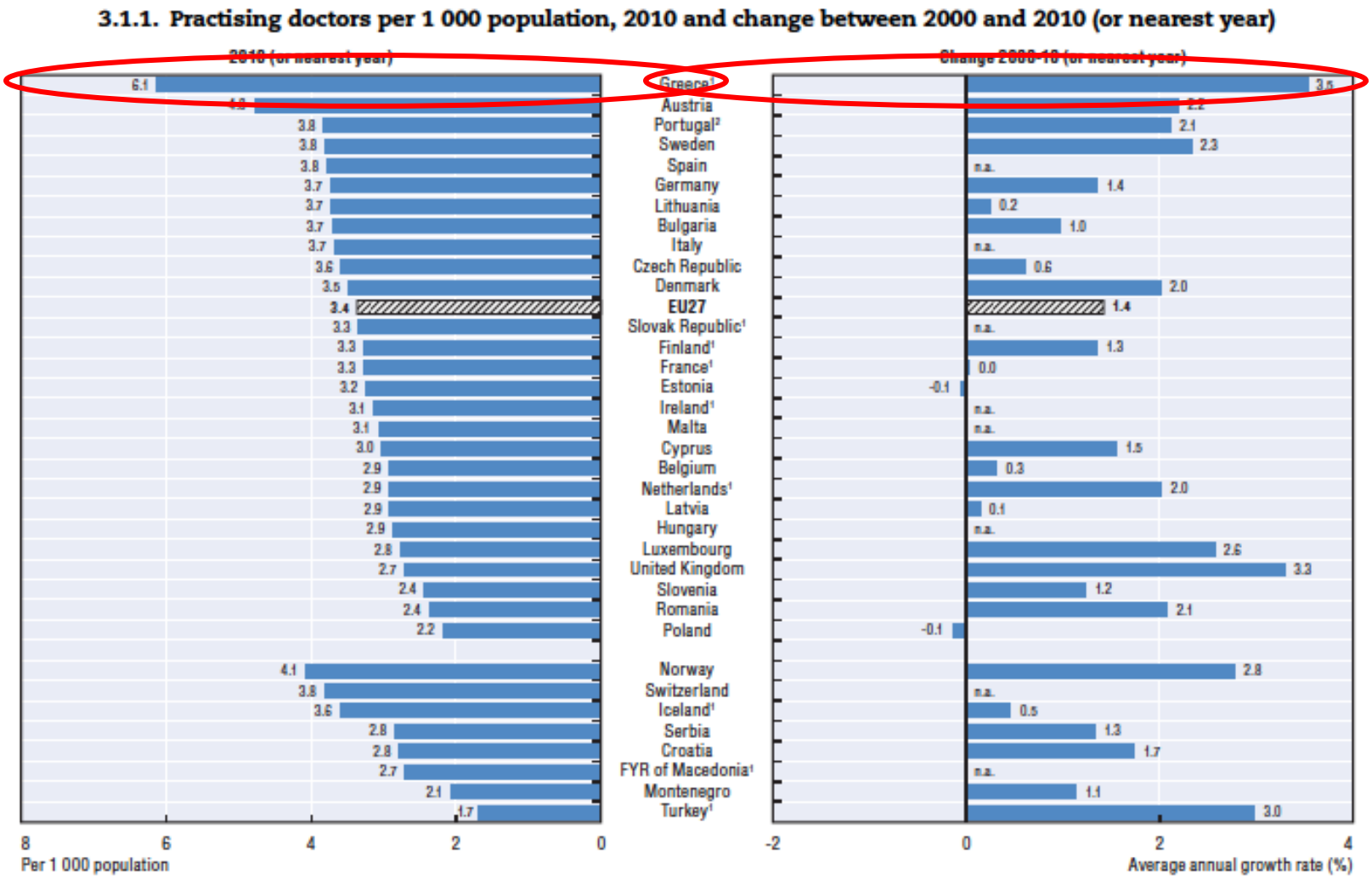
# Κρίσιμες στρεβλώσεις υφιστάμενου συστήματος ΠΦΥ (5)

• Ελλιπή ικανότητα σε διοικητικό επίπεδο της εν γένει οικονομικής διαχείρισης του συστήματος.
• Απουσία διαφάνειας των οικονομικών συναλλαγών.
• Απουσία μιας επιστημονικά τεκμηριωμένης (βασισμένη σε θεραπευτικά πρωτόκολλα και κλινικές κατευθυντήριες γραμμές) και ταυτόχρονα οικονομικά βιώσιμης ιατρικής πρακτικής.

# Πληθωρισμός ιατρών

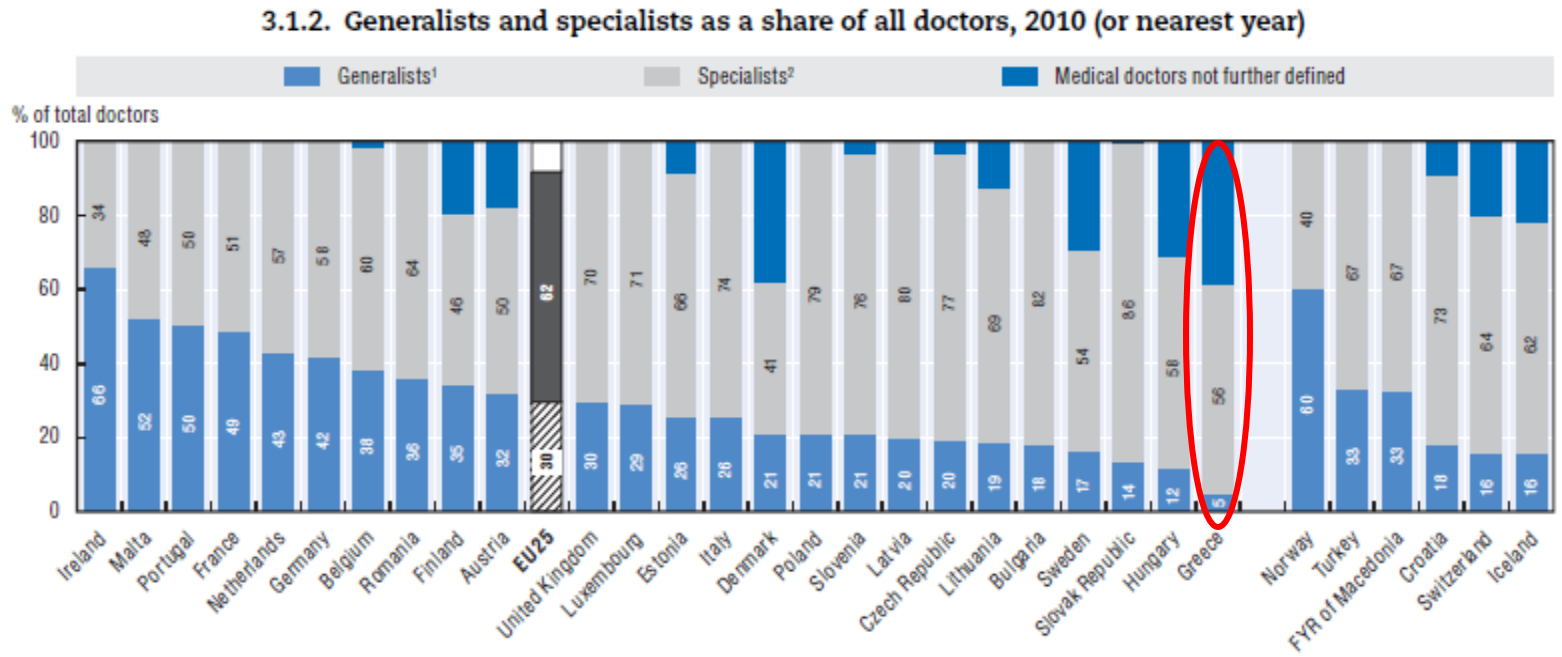


# Πληθωρισμός Ιατρών




www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm

# Γενικοί ιατροί/ ιατροί άλλων ειδικοτήτων

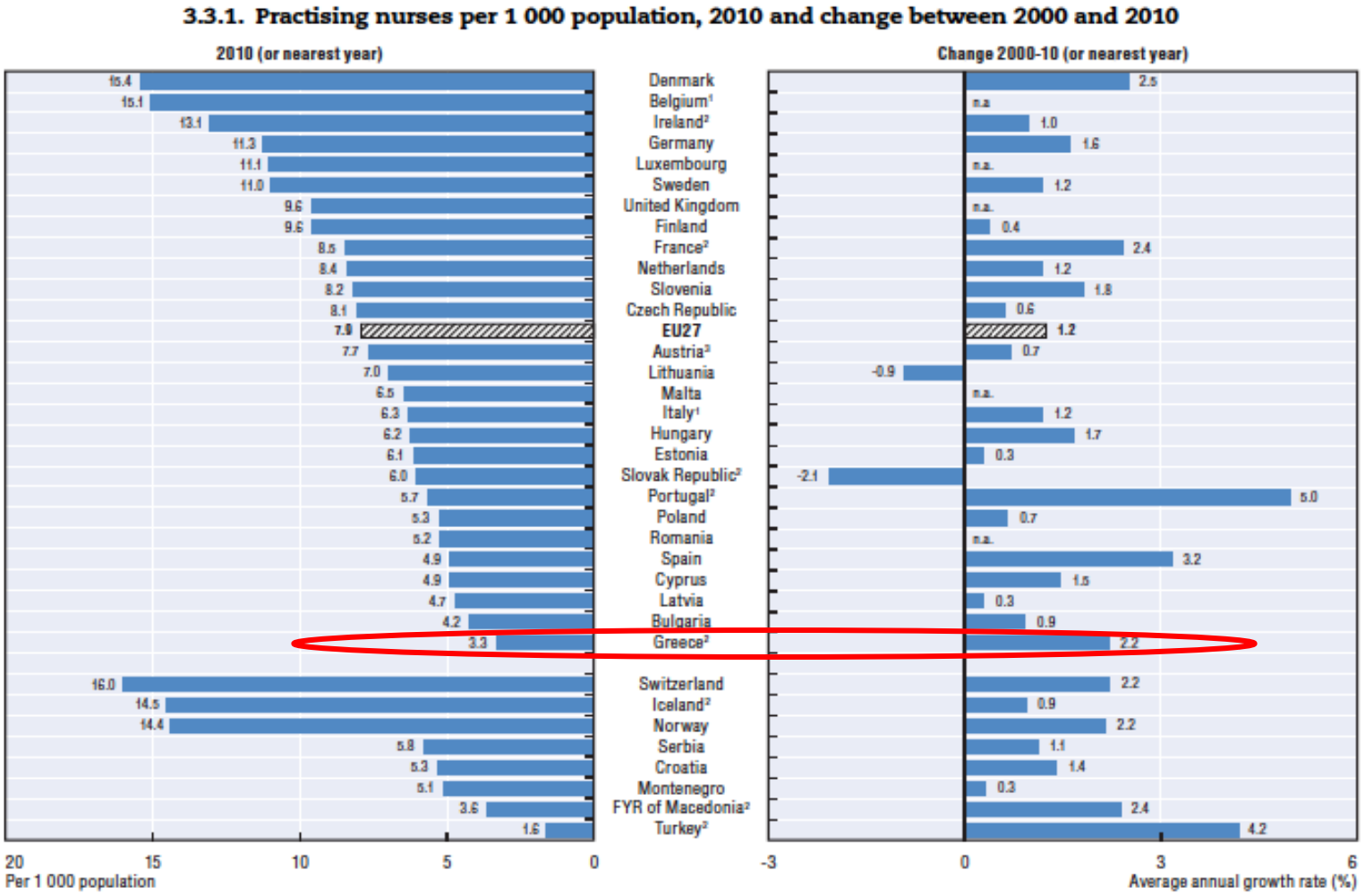



1. Generalists include general practitioners/family doctors and other generalist (non-specialist) medical practitioners.
2. Specialists include paediatricians, obstetricians/gynaecologists, psychiatrists, medical, surgical and other specialists.

*Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database.*

OECD (2012), *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing.
*http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en*

# Έλλειψη νοσηλευτών: 3,3 /1000 κατοίκους




www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm

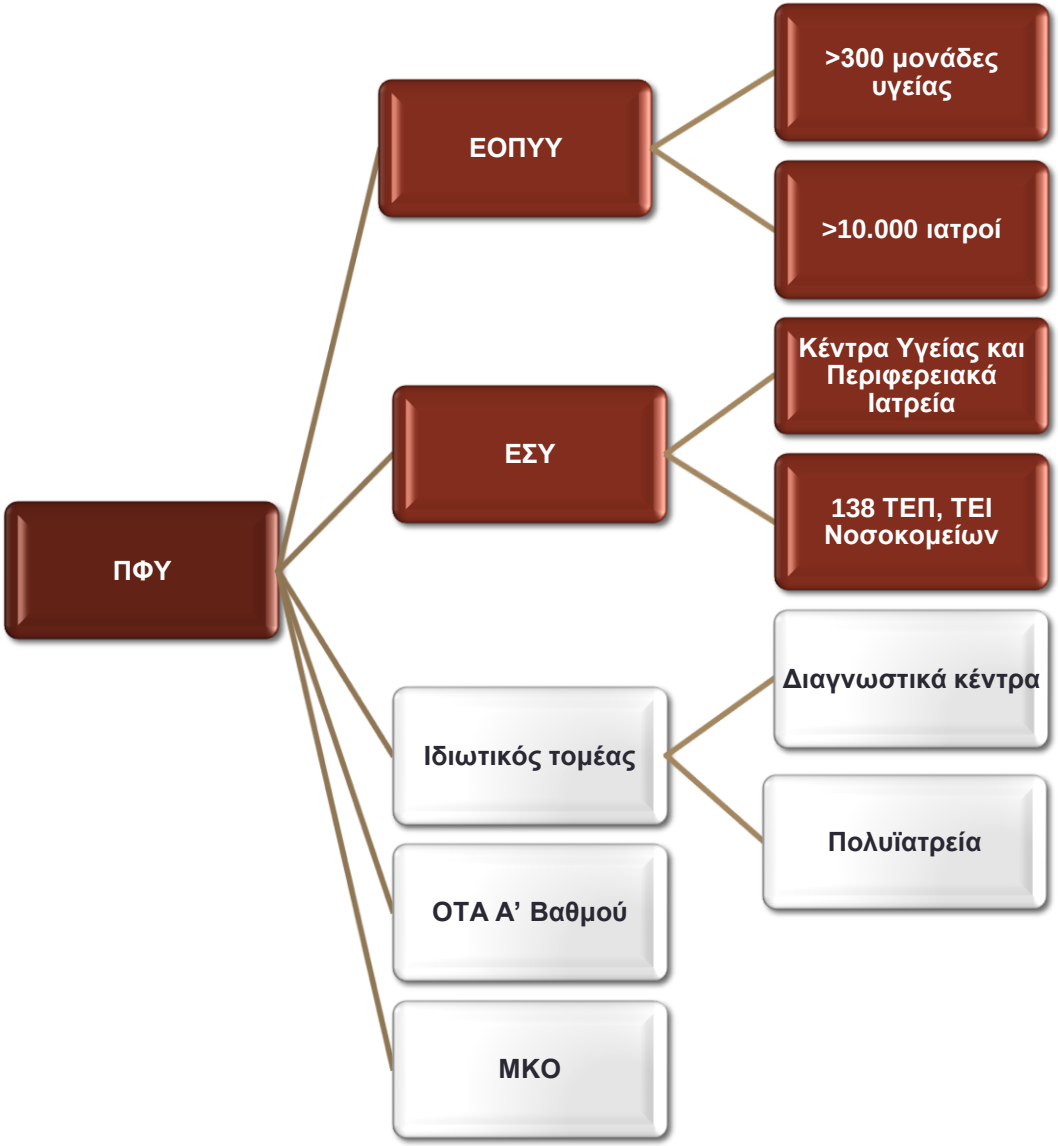
# ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΡΧΕΣ (1)
## Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ

- Ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας.
- Ολοκληρωμένη φροντίδα μέσα στην κοινότητα από τον οικογενειακό ιατρό και την ομάδα ΠΦΥ για κάθε άτομο.
- Ποιοτικές υπηρεσίες ΠΦΥ
- Διαχείριση της πληροφορίας για την υγεία κάθε ατόμου, με έμφαση στην εμπιστευτικότητα και την καλύτερη προσβασιμότητα στο σύστημα Υγείας.
- Εφαρμογή θεσμού οικογενειακού ιατρού και συστήματος παραπομπής σε ειδικό και στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας (εξαιρέσεις σε χρόνιους ασθενείς και επιλεγμένα νοσήματα)
- Εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας
- Παροχή υπηρεσιών και κατανομή πόρων βάσει γεωγραφικής κάλυψης και πραγματικών αναγκών

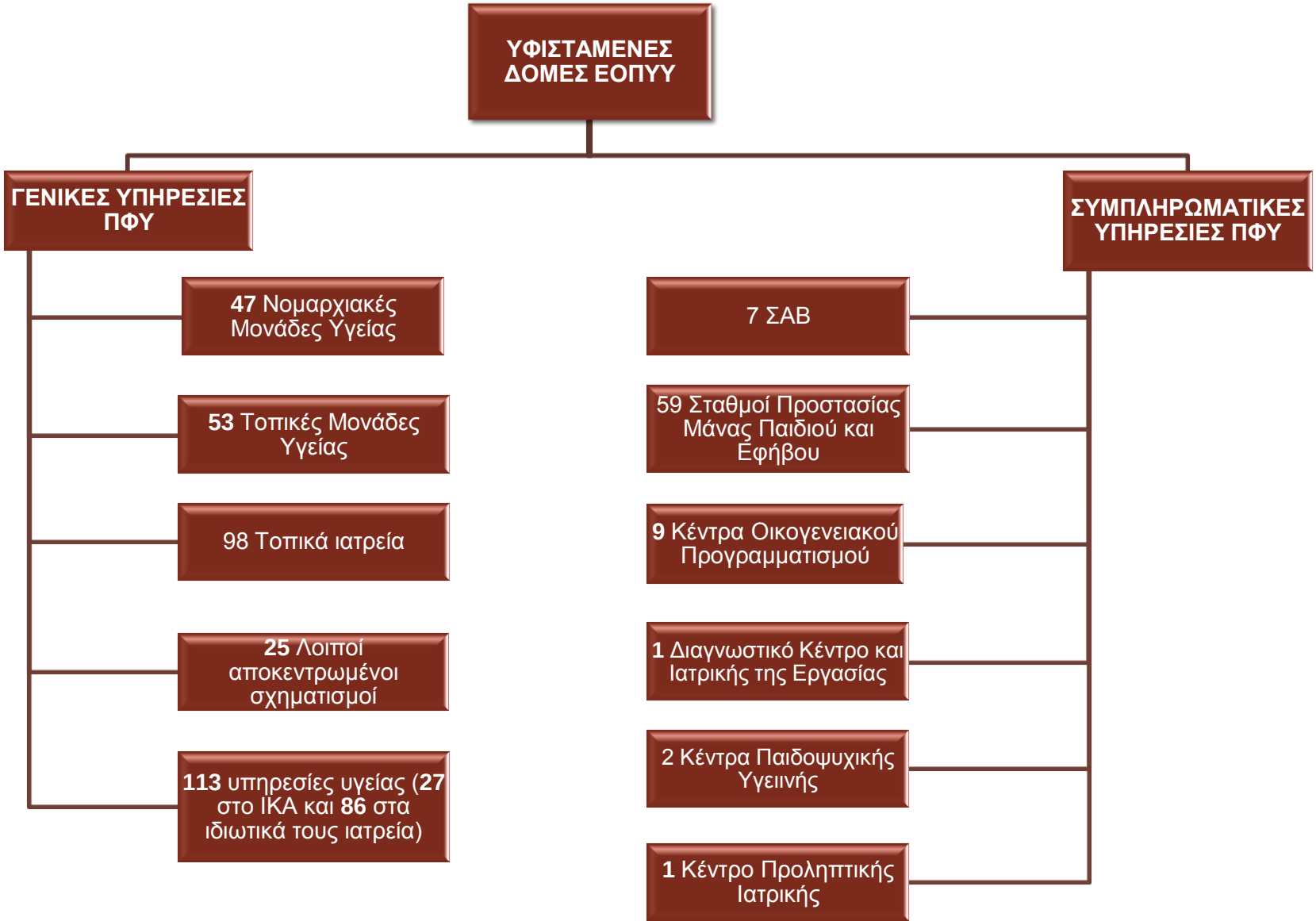
# ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΡΧΕΣ (2)
## Εθνικού Δικτύου ΠΦΥ

- Νέο, επαρκές διοικητικό μοντέλο στο πλαίσιο του ΕΣΥ
- Υιοθέτηση νέων ρόλων για τους επαγγελματίες υγείας
- Ανάπτυξη ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για κάθε πολίτη
- Μέτρηση κλινικής αποτελεσματικότητας και καθιέρωση προτύπων ποιότητας και ελάχιστης απόδοσης για τα ΚΥ
- Καθιέρωση αναγκαίας δέσμης υπηρεσιών υγείας ως υποχρεωτικής στα πλαίσια ενός συμβολαίου με τον πολίτη
- Οριζόντια λειτουργική διασύνδεση ή και ενσωμάτωση των υπηρεσιών υγείας, κοινωνικής φροντίδας και ψυχικής υγείας.
- Ανάπτυξη συστήματος εκτίμησης των αναγκών κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας , επενδύοντας μακροπρόθεσμα στο ανθρώπινο δυναμικό της ΠΦΥ και στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

# Αποτύπωση ΠΦΥ στην Ελλάδα



# ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΕΣ ΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΟΠΥΥ



# Υφιστάμενες Δομές Υγείας ΕΟΠΥΥ
## (γενικές υπηρεσίες ΠΦΥ)

- **47** Νομαρχιακές Μονάδες Υγείας
- **53** Τοπικές Μονάδες Υγείας
- **1** Πολυιατρείο του τ. ΤΑΞΥ
- **98** Τοπικά Ιατρεία (**88** στα ιατρεία του ΙΚΑ και **10** με γιατρούς στα ιδιωτικά τους ιατρεία ή Κ.Υ.) που υπάγονται σε Νομαρχιακές και Τοπικές Μονάδες Υγείας
- **25** Λοιποί αποκεντρωμένοι σχηματισμοί που υπάγονται σε Νομαρχιακές και Τοπικές Μονάδες Υγείας
- **113** υπηρεσίες υγείας που εξακολουθούν να λειτουργούν ενταγμένες στις υπηρεσίες ασφάλισης ( **27** στα ιατρεία του ΙΚΑ και **86** με γιατρούς στα ιδιωτικά τους ιατρεία)

# Υφιστάμενες Δομές Υγείας ΕΟΠΥΥ
## (συμπληρωματικές υπηρεσίες ΠΦΥ)

- **7** Σταθμοί Άμεσης Βοήθειας (ΣΑΒ) που υπάγονται σε Νομαρχιακές και Τοπικές Μονάδες Υγείας
- **59** Σταθμοί Προστασίας Μάνας Παιδιού και Εφήβου που υπάγονται σε Νομαρχιακές και Τοπικές Μονάδες Υγείας
- **9** Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού που υπάγονται σε Νομαρχιακές και Τοπικές Μονάδες Υγείας
- **1** Κέντρο Προληπτικής Ιατρικής
- **2** Κέντρα Παιδοψυχικής Υγιεινής
- **1** Διαγνωστικό Κέντρο και Ιατρικής της Εργασίας

# Υφιστάμενο προσωπικό του ΕΟΠΥΥ

| Προσωπικό | Αριθμός |
|---|---|
| Ιατρικό προσωπικό | 5.765 *(συμπεριλαμβανομένων 453 ιατρών με σύμβαση ορισμένου χρόνου) |
| Υγειονομικό προσωπικό | 2.841 |
| Διοικητικό προσωπικό | 1.373 |
| **Σύνολο** | **9.979** |

*Εκτός των 5.765 ιατρών, ο ΕΟΠΥΥ έχει συνάψει συμβόλαια ορισμένου χρόνου για 200 επισκέψεις το μήνα με 5.127 ιδιώτες ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων

*Από τους 5.765 ιατρούς του ΕΟΠΥΥ, περίπου 800 διαθέτουν επίσης σύμβαση ορισμένου χρόνου για 150 επισκέψεις το μήνα στα ιδιωτικά τους γραφεία.

# Υφιστάμενο Ιατρικό προσωπικό ΕΟΠΥΥ ανά κατηγορία σύμβασης

| Ιατρικό προσωπικό | Αριθμός |
|---|---|
| Μόνιμοι | 727 |
| Αορίστου χρόνου | 4.529 |
| Αορίστου χρόνου κατ'αποκοπή σύμβαση | 19 |
| Αορίστου χρόνου-μερική απασχόληση | 37 |
| **TOTAL** | **5.312** |

| Ιατρικό προσωπικό | Αριθμός |
|---|---|
| Ορισμένου χρόνου | 453 |

**Συνολικός Αριθμός ιατρών ΕΟΠΥΥ = 5.765**

# Υφιστάμενο Υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό του ΕΟΠΥΥ ανά κατηγορία σύμβασης

| Επαγγελματίες Υγείας | Αριθμός |
|---|---|
| Μόνιμοι | 2.828 |
| Συμβασιούχοι | 13 |
| **Σύνολο** | **2.841** |

| Διοικητικό προσωπικό | Αριθμός |
|---|---|
| Μόνιμοι | 1.165 |
| Αορίστου χρόνου | 208 |
| **Σύνολο** | **1.373** |

ΕΟΠΥΥ, Μάιος 2013

# Υφιστάμενοι Επαγγελματίες Υγείας

| Ειδικότητα ΠΕ | Αριθμός |
|---|---|
| ΠΕ Ελεγκτής Φαρμακοποιός | 3 |
| ΠΕ Χημικών- Βιοχημικών- Βιολόγων | 20 |
| ΠΕ Φαρμακοποιών | 120 |
| ΠΕ Φυσικών Ιατρ. Ακτινοφυσικών | 3 |
| ΠΕ Ψυχολόγων Κοινωνικής Εργασίας | 14 |
| ΠΕ Νοσηλευτικής | 1 |
| **Σύνολο** | **161** |

ΕΟΠΥΥ, 27/9/2013

# Υφιστάμενοι Επαγγελματίες Υγείας

| Ειδικότητα ΤΕ | Αριθμός |
|---|---|
| ΤΕ Νοσηλευτικής - Μαιευτικής | 820 |
| ΤΕ Φυσικοθεραπείας | 140 |
| ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων | 214 |
| ΤΕ Ραδιολογίας - Ακτινολογίας | 149 |
| ΤΕ Οδοντοτεχνιτών | 60 |
| ΤΕ Κοινωνικής Εργασίας | 8 |
| ΤΕ Οικιακής Οικονομίας | 1 |
| ΤΕ Επισκεπτών Υγείας | 153 |
| ΤΕ Υγειονομικοί Τεχνολόγοι Νοσηλευτές | 4 |
| ΤΕ Ειδικών Θεραπευτών | 10 |
| ΤΕ Δημόσιας Υγιεινής | 2 |
| **Σύνολο** | **1.561** |

ΕΟΠΥΥ, 27/9/2013

# Υφιστάμενοι Επαγγελματίες Υγείας

| Ειδικότητα ΔΕ | Αριθμός |
|---|---|
| ΔΕ Βοηθών Νοσοκόμων | 414 |
| ΔΕ Νοσηλευτικής | 3 |
| ΔΕ Υπαλλήλων Φαρμακείου | 122 |
| ΔΕ Χειριστών Ιατρικών Συσκευών | 107 |
| ΔΕ Βοηθοί Ιατρικών & Βιολογικών Εργασιών | 199 |
| ΔΕ Οδοντοτεχνιτών | 85 |
| ΔΕ Νοσοκόμων - Τραυματιοφορέων | 70 |
| **Σύνολο** | **1.000** |

ΕΟΠΥΥ, 27/9/2013

# Υφιστάμενοι Επαγγελματίες Υγείας

| Ειδικότητα ΥΕ | Αριθμός |
|---|---|
| ΥΕ Πρακτικών Νοσοκόμων | 20 |
| ΥΕ Εμφανιστών Χειριστών | 2 |
| ΥΕ Οδοντοτεχνιτών | 6 |
| ΥΕ Νοσοκόμων - Τραυματιοφορέων | 7 |
| ΥΕ Παρασκευαστών | 2 |
| **Σύνολο** | **37** |

ΕΟΠΥΥ, 27/9/2013

# Υφιστάμενο Διοικητικό Προσωπικό

| Κατηγορία | Αριθμός |
|---|---|
| ΔΕ | 816 |
| ΥΕ | 120 |
| ΤΕ | 157 |
| ΠΕ | 289 |
| Προσωπικό Καθαριότητας | 39 |
| Φύλακες | 13 |
| **Σύνολο** | **1.434** |

ΕΟΠΥΥ, 27/9/2013

# Ιατροί του ΕΟΠΥΥ εν δυνάμει οικογενειακοί

| Ιατροί | Ιατροί του ΕΟΠΥΥ (μόνιμοι,ΙΔΑΧ και με σύμβαση έργου) | Συμβεβλημένοι ιατροί με τον ΕΟΠΥΥ (200 επισκέψεις) |
|---|---|---|
| Γενικοί ιατροί | 156 | 421 |
| Παθολόγοι | 869 | 1177 |
| Άνευ ειδικότητας | 191 | 7 |
| **TOTAL** | **1.216*** | **1.605** |

*Από τους 1.216 ιατρούς, περίπου 120 είναι με σύμβαση έργου

**εκ των οποίων 227 είναι οικογενειακοί γιατροί πιλοτικά από το 1960 και κατανέμονται σε 14 ΤΜΥ της Αττικής και 7 ΝΜΥ της επαρχίας**

# Άλλες ειδικότητες που θα μπορούσαν να ανήκουν στην ομάδα της ΠΦΥ (υπό συζήτηση)

| Ειδικότητα | Αριθμός |
|---|---|
| Παιδιατρική | 418 |
| Ψυχιατρική | 129 |
| Οδοντιατρική | 690 |
| Μικροβιολογία | 156 |
| Κυτταρολογία | 42 |
| Χειρουργική | 233 |
| Καρδιολογία | 505 |
| Ακτινοδιαγνωστική | 114 |
| Ψυχιατρική Παίδων | 16 |
| Σύνολο | **2.303** |

# Ειδικότητες που προτείνεται να μετακινηθούν στα νοσοκομεία του ΕΣΥ

| Ειδικότητα | Αριθμός |
|---|---|
| Αλλεργιολογία | 16 |
| Γαστρεντερολογία | 85 |
| Νευρολογία | 147 |
| Γυναικολογία | 272 |
| Ενδοκρινολογία | 88 |
| Ορθοπαιδική | 393 |
| Ουρολογία | 145 |

| Ειδικότητα | Αριθμός |
|---|---|
| Πλαστική χειρουργική | 12 |
| Πνευμονολογία | 255 |
| Ρευματολογία | 52 |
| Δερματολογία | 168 |
| Ω.Ρ.Λ. | 200 |
| Οφθαλμολογία | 290 |
| Λοιπές | 123 |

**Συνολικός αριθμός ιατρών που μεταφέρονται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ = 2.246**

# Μονάδες υγείας που λειτουργεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού (1)

| ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΤΤΙΚΗΣ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ |
|---|---|
| ΤΜΥ ΝΙΚΑΙΑΣ-ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ | 14 |
| ΤΜΥ ΑΓΙΩΝ ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ | 20 |
| ΤΜΥ ΑΧΑΡΝΩΝ | 11 |
| ΤΜΥ ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ | 10 |
| ΤΜΥ ΓΛΥΦΑΔΑΣ | 19 |
| ΤΜΥ ΔΑΦΝΗΣ | 13 |
| ΤΜΥ ΗΛΙΟΥΠΟΛΗΣ | 8 |
| ΤΜΥ ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ | 28 |
| ΤΜΥ ΜΟΣΧΑΤΟΥ | 5 |
| ΤΜΥ Ν. ΚΟΣΜΟΥ | 10 |
| ΤΜΥ Ν. ΛΙΟΣΙΩΝ | 4 |
| ΤΜΥ Ν. ΦΙΛΑΔΕΛΦΕΙΑΣ | 3 |
| ΤΜΥ ΠΑΤΗΣΙΩΝ | 23 |
| ΤΜΥ ΠΛ. ΑΤΤΙΚΗΣ | 12 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 180 |

# Μονάδες υγείας που λειτουργεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού (2)

| ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΠΑΡΧΙΑΣ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ |
|---|---|
| ΝΜΥ ΒΟΛΟΥ | 13 |
| ΝΜΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ | 5 |
| ΝΜΥ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ | 7 |
| ΝΜΥ ΚΕΡΚΥΡΑΣ | 2 |
| ΝΜΥ ΛΑΡΙΣΑΣ | 6 |
| ΝΜΥ ΤΡΙΚΑΛΩΝ-ΚΑΛΑΜΠΑΚΑΣ | 4 |
| ΝΜΥ ΧΑΝΙΩΝ | 10 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 47 |

# Μονάδες ΠΦΥ του ΕΣΥ

| Μονάδες | Αριθμός |
|---|---|
| Κέντρα Υγείας | 207 |
| Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία | 80 |
| Περιφερειακά ιατρεία | 1.460 |
| Ειδικά περιφερειακά ιατρεία | 38 |
| **Σύνολο** | **1.785** |

# Προσωπικό Κέντρων Υγείας ανά ΥΠΕ

| ΥΠΕ | ΙΑΤΡΙΚΟ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ | ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ | ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ | ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ | ΤΕΧΝΙΚΟ | ΛΟΙΠΟ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1η ΥΠΕ | 88 | 190 | 108 | 31 | 43 | 14 | 5 |
| 2η ΥΠΕ | 251 | 230 | 148 | 44 | 80 | 61 | 55 |
| 3η ΥΠΕ | 175 | 254 | 50 | 9 | 58 | 36 | 109 |
| 4η ΥΠΕ | 430 | 516 | 80 | 10 | 112 | 79 | 114 |
| 5η ΥΠΕ | 299 | 396 | 195 | 16 | 68 | 58 | 46 |
| 6η ΥΠΕ | 638 | 616 | 280 | 23 | 141 | 141 | 104 |
| 7η ΥΠΕ | 190 | 115 | 59 | 10 | 29 | 10 | 78 |
| **ΣΥΝΟΛΟ** | **2071** | **2317** | **920** | **143** | **531** | **399** | **511** |

(Νοέμβριος 2012, δεδομένα ESY.net)

# Προσωπικό Περιφερειακών Ιατρείων ανά ΥΠΕ

| ΥΠΕ | ΑΓΡΟΤΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ | ΓΕΝΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ Η' ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ Β' | ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ | ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ | ΣΥΝΟΛΟ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1η ΥΠΕ | - | - | - | - | - | - |
| 2η ΥΠΕ | 95 | 46 | 141 | 23 | 5 | 169 |
| 3η ΥΠΕ | 73 | 128 | 201 | 48 | 8 | 257 |
| 4η ΥΠΕ | 74 | 206 | 280 | 8 | 3 | 291 |
| 5η ΥΠΕ | 190 | 110 | 300 | 17 | 9 | 326 |
| 6η ΥΠΕ | 215 | 241 | 456 | 29 | 8 | 593 |
| 7η ΥΠΕ | 36 | 93 | 129 | 0 | 0 | 129 |
| **ΣΥΝΟΛΟ** | **683** | **824** | **1507** | **125** | **33** | **1665** |

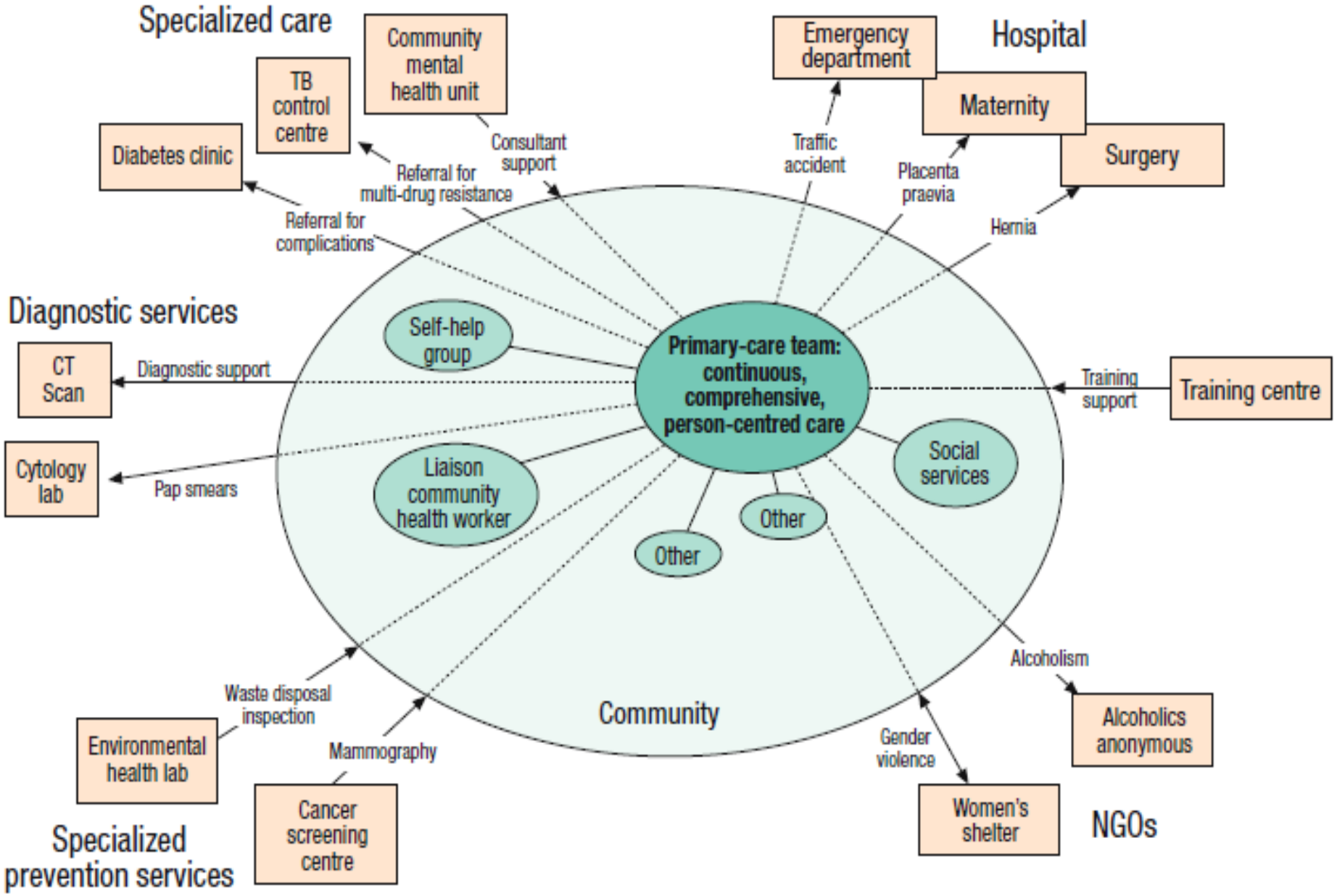
(Νοέμβριος 2012, δεδομένα ESY.net)

# Βασικά επίπεδα Οργάνωσης της Φροντίδας Υγείας

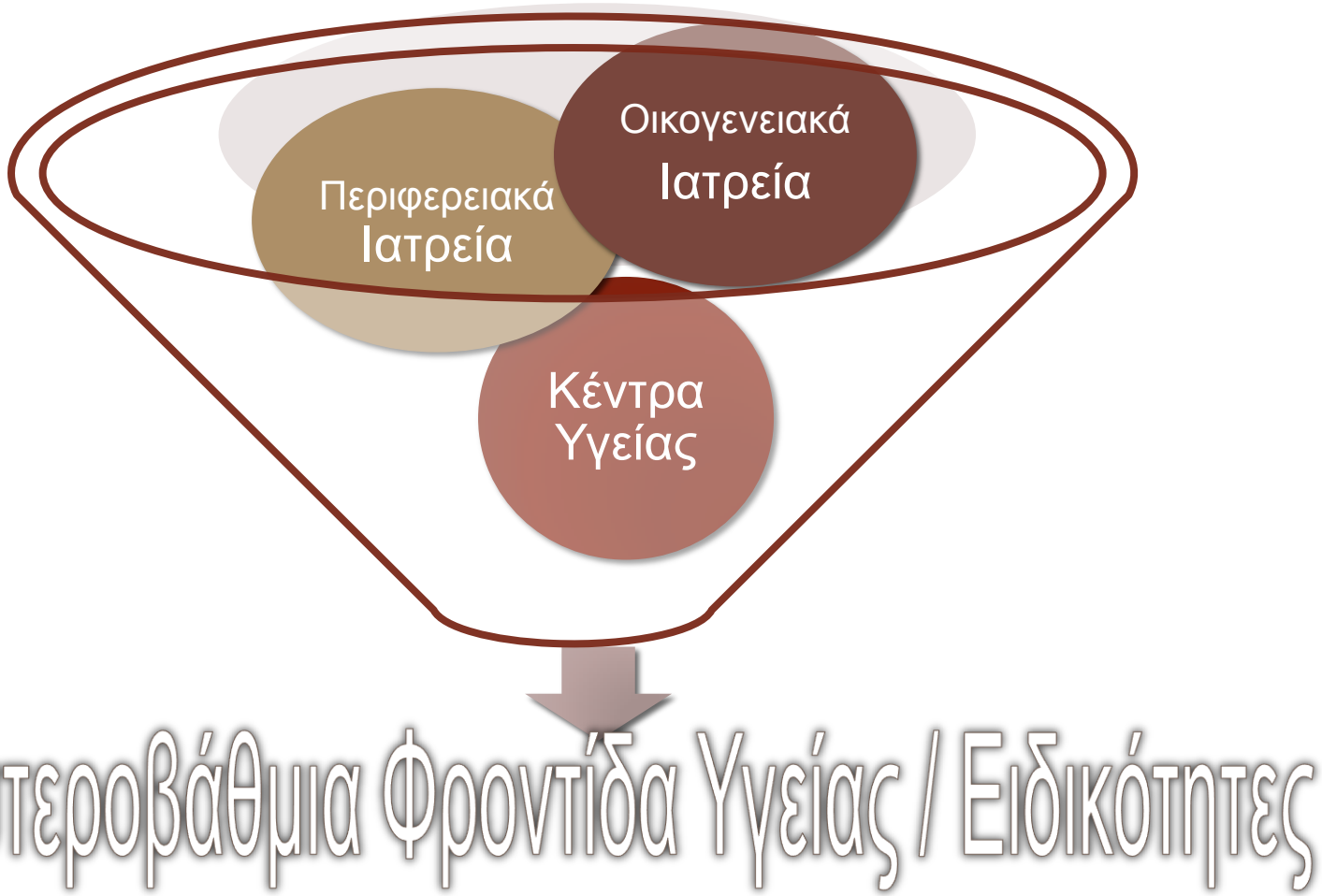
γεωγραφικό διαμέρισμα

πληθυσμός

# Από τη βάση της πυραμίδας στο κέντρο του ΕΣΥ



# Σύστημα παραπομπών στη ΠΦΥ



Δέσμη Υπηρεσιών στο ΚΥ
Οικογενειακός ιατρός
Εθνικό πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου
Υπηρεσίες Παιδιού
Πρώτες βοήθειες
Οδοντιατρική φροντίδα
Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού
Κατ' οίκον φροντίδα
Υπηρεσίες Γυναίκας
Υπηρεσίες Μητρότητας
Πρωτοβάθμια Ψυχική Υγεία

# Δέσμη υπηρεσιών στο ΚΥ

- Οικογενειακός ιατρός
- Εθνικό πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου
- Υπηρεσίες Παιδιού
- Υπηρεσίες Μητέρας/Γυναίκας
- Υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού
- Κατ' οίκον φροντίδα
- Πρώτες βοήθειες
- Οδοντιατρική φροντίδα
- Πρωτοβάθμια Ψυχική Υγεία
- Ειδικά Ιατρεία (πχ. Διαβητολογικό, Διακοπής Καπνίσματος)
- Υπηρεσίες φυσικοθεραπείας

# ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

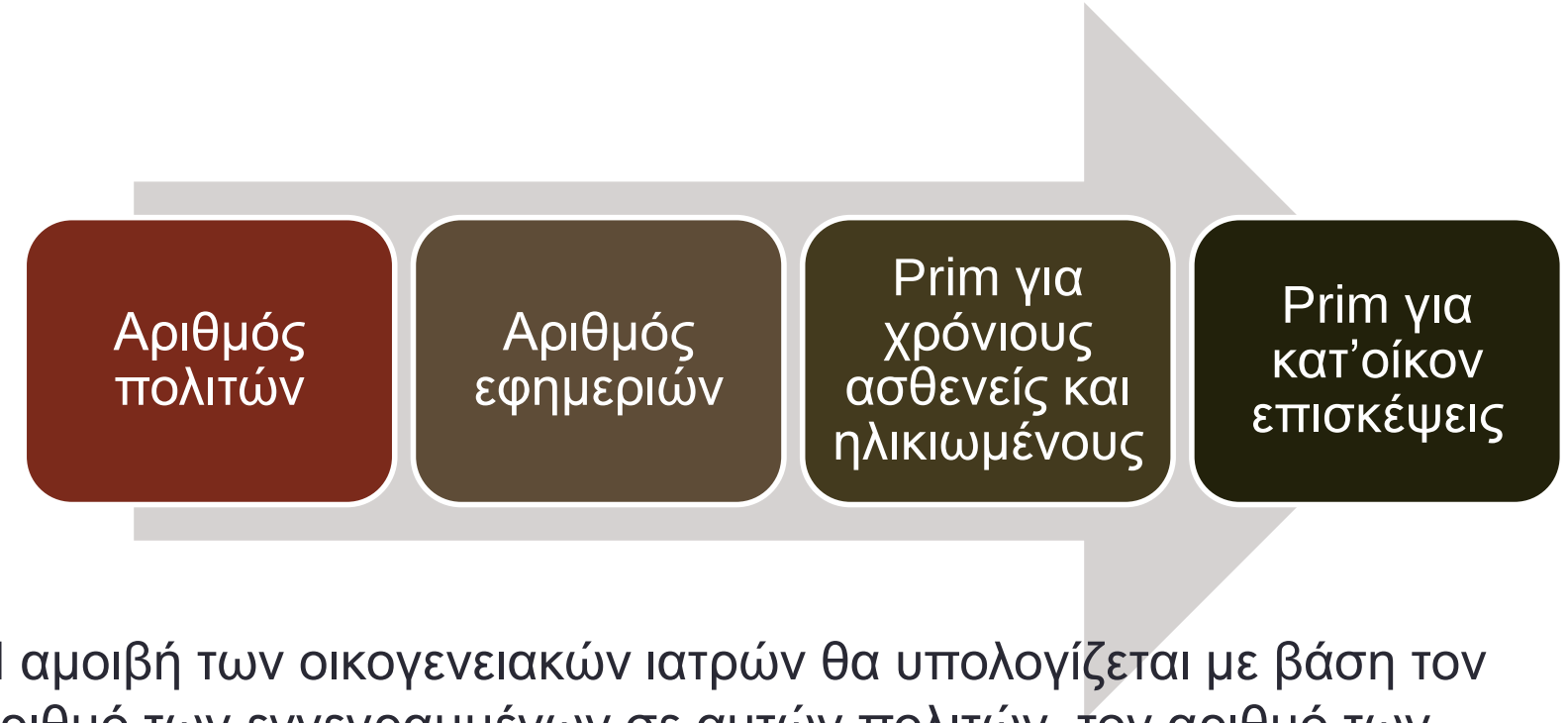
- Γενικοί Ιατροί, Παθολόγοι, (Παιδίατροι)
- Παραπομπή σε δευτεροβάθμια/ειδικότητες, εργαστηριακές ή άλλες εξετάσεις
- Δέχονται ασθενείς στο ιατρείο ή στο ΚΥ και πραγματοποιούν επισκέψεις κατ' οίκον
- Οι πολίτες έχουν δικαίωμα ελεύθερης επιλογής, μεταξύ των οικογενειακών ιατρών της περιοχής ευθύνης του ΚΥ που ανήκουν
- Η επιλογή γίνεται κάθε 3ετία - αιτιολογημένη αλλαγή με αίτηση στην ΥΠΕ
- Κάθε οικογενειακός ιατρός έχει την ιατρική φροντίδα 1600-2200 πολιτών
- Κάθε οικογενειακός παιδίατρος έχει την ιατρική φροντίδα 900-1200 παιδιών

Οικογενειακός ιατρός
Κοινοτικός Νοσηλευτής
Επισκέπτης Υγείας
Άλλοι Επαγγελματίες Υγείας
Φυσιοθεραπευτής
Μαία/ Μαιευτής
Ομάδα ΠΦΥ

# Ωράριο Λειτουργίας Οικογενειακών Ιατρείων/ Ιατρών

- Λειτουργία σε τακτικό ωράριο, 8 ώρες/ ημέρα, 5 ημέρες την εβδομάδα στο οικογενειακό τους ιατρείο ή στο ΚΥ.
- Υποχρεωτικά θα εφημερεύουν στην έδρα του ΚΥ 8 ώρες/ εβδομάδα (σύνολο 48 ώρες/ εβδομάδα WTD).

# Διαμόρφωση τελικού μισθού οικογενειακού ιατρού




Η αμοιβή των οικογενειακών ιατρών θα υπολογίζεται με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων σε αυτών πολιτών, τον αριθμό των εφημεριών (max 32 ώρες το μήνα) καθώς και με βάση πρόσθετα κριτήρια που θα εξασφαλίζουν την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών όλων των κοινωνικών ομάδων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

## Ενδεικτική βασική μισθολογική κλίμακα Οικογενειακού Ιατρού με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων πολιτών (μετά φόρων)

| | |
|---|---|
| 1600 -1799 ασθενείς | • 1000 ευρώ |
| 1800-1999 ασθενείς | • 1100 ευρώ |
| 2000-2199 ασθενείς | • 1200 ευρώ |
| 2200 + ασθενείς | • 1300 ευρώ |

# Τύπος υπολογισμού ύψους αποδοχών οικογενειακού ιατρού

- Αποδοχές :

$$\mathrm{R}_i = S_i + O_i + (ne_i + nc_i) * prim1 + nHV_i * prim2$$

Όπου

$\mathrm{R}_i$ = συνολικές αποδοχές οικογενειακού ιατρού i

$S_i$ = μισθός οικογενειακού ιατρού (βάση κλίμακας)

$O_i$ = αριθμός εφημεριών

$ne_i$ = αριθμός ηλικιωμένων

$nc_i$ = αριθμός χρόνια πασχόντων

$nHV_i$ = αριθμός κατ'οίκον επισκέψεων το μήνα

# Κόστος νέου συστήματος ΠΦΥ

$$THE = HE_{gp} + HE_{p} + HE_{ms} + HE_{d} + HE_{m}$$

**THE** συνολική δαπάνη υγείας

$HE_{gp}$ δαπάνη οικογενειακών γιατρών

$HE_{p}$ δαπάνη παιδιάτρων

$HE_{ms}$ δαπάνη γιατρών ειδικοτήτων

$HE_{d}$ δαπάνη εργαστηριακών εξετάσεων

$HE_{m}$ δαπάνη φαρμάκων

**Στην ανωτέρω THE πρέπει να προστεθούν και τα λειτουργικά έξοδα**

# Χρηματοδότηση νέου συστήματος ΠΦΥ

$$RHE = \frac{P_i \cdot f_i \cdot b_i \cdot a_i \cdot cm_i \cdot smr_i}{P_n} \cdot THE$$

**RHE** κλειστός-σφαιρικός προϋπολογισμός περιοχής

$P_i$ πληθυσμός περιοχής

$f_i$ πληθυσμός γυναικών περιοχής

$b_i$ αριθμός γεννήσεων περιοχής

$a_i$ πληθυσμός άνω των 65 ετών

$cm_i$ πληθυσμός χρονίως πασχόντων περιοχής

$smr_i$ προτυποποιημένα πηλίκα θνησιμότητας

$p_n$ πληθυσμός χώρας

# Νομοθετικές Ρυθμίσεις

- Μεταφορά δομών σε ΕΣΥ υπό την εποπτεία των ΥΠΕ
- Νέες εργασιακές σχέσεις υφιστάμενου προσωπικού ΕΟΠΥΥ και νέου προσωπικού ΠΦΥ (ωράριο, καθήκοντα, αμοιβή)
- Υποχρεωτική παραπομπή στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα
- Καθορισμός ρόλου ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας
- Αναθεώρηση νομικού πλαισίου ΥΠΕ
- Αξιοποίηση υφιστάμενης νομοθεσίας (Ν1397/83 και Ν3235/04)

# Μεταρρυθμιστική Πρόταση

| | |
|---|---|
| Διοίκηση | • ΥΠΕ πλήρη αρμοδιότητα για ΠΦΥ |
| Κάλυψη πληθυσμού | • Αντιμετώπιση σημαντικού ποσοστού κοινών παθήσεων από οικογενειακούς ιατρούς<br>• Πλήρης γεωγραφική κάλυψη από υφιστάμενα ΚΥ και πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ (μετά τον επιχειρησιακό τους μετασχηματισμό σε ΚΥ αστικών περιοχών) |
| Κίνητρα για πληθυσμό | • Οικογενειακός ιατρός<br>• Καλύτερη πρόσβαση, λιγότερη ταλαιπωρία<br>• Μείωση κόστους<br>• Καθολική κάλυψη πληθυσμού |

Αναγκαία η διερεύνηση κινήτρων όπως η κατάργηση της χρέωσης €5 στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

# Κρίσιμες Ενέργειες

## Αποκέντρωση συστήματος διοίκησης ΠΦΥ

•Ενίσχυση αρμοδιοτήτων (οικονομικών, διοικητικών ) ΥΠΕ για ΠΦΥ

## Αναθεώρηση εργασιακών σχέσεων ιατρών ΠΦΥ

- Εναρμόνιση διαφορετικών συμβάσεων ιατρών ΕΣΥ και ΕΟΠΥΥ

## Αναθεώρηση χρηματοροής συστήματος ΠΦΥ

•Διαχωρισμός προυπολογισμών Κέντρων Υγείας από νοσοκομεία και μονάδων υγείας από ΕΟΠΥΥ